

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE LISBOA



**VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DE UMA GRAVIDEZ POSTERIOR A UMA
INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ**

Culpa, vergonha, luto perinatal e vinculação pré-natal

Joana Rita Ferreira Vizinha

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Clínica Dinâmica

2020

UNIVERSIDADE DE LISBOA

FACULDADE DE LISBOA



**VIVÊNCIA PSICOLÓGICA DE UMA GRAVIDEZ POSTERIOR A UMA
INTERRUPÇÃO ESPONTÂNEA DA GRAVIDEZ**

Culpa, vergonha, luto perinatal e vinculação pré-natal

Joana Rita Ferreira Vizinha

Dissertação orientada pelo Prof. Doutor João Manuel Rosado de Miranda Justo

MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA

Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, Psicologia Clínica Dinâmica

2020

Agradecimentos

O fechar deste capítulo simboliza o final de um longo percurso, cheio de desafios e aprendizagens. Este caminho não teria sido o mesmo sem as pessoas que me acompanham e apoiam todos os dias. A vida tem uma maneira curiosa de nos ensinar, todas as pessoas que me foram marcando deram o seu contributo para o meu crescimento pessoal e por isso, para a conclusão desta fase. Acima de tudo, a finalização deste trabalho representa superação. É com orgulho que acabo este projeto e, com os olhos postos nos próximos desafios, o futuro parece-me promissor.

Em primeiro lugar, ao meu orientador, Prof. Doutor João Justo, pelo contínuo apoio, por toda a sua paciência e dedicação, amabilidade e por me ensinar o que é o rigor na investigação científica.

A todas as Participantes do estudo, pelo tempo que disponibilizam para partilharem a sua experiência comigo, permitindo a realização deste trabalho.

À minha família, pelo amor, por estar sempre por perto, por me questionar e em me permitir que siga os meus sonhos.

Às minhas amigas e aos meus amigos, por estarem ao meu lado e me acompanharam de perto ao longo destes anos, pelos momentos de partilha, por me ouvirem e terem sempre uma palavra a dizer.

A todas e a todos, muito obrigada!

Resumo

Introdução teórica: Diversos estudos sobre o impacto psicológico de uma IEG na mulher concluíram que os sentimentos de culpa são bastante frequentes (Broen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2005; Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003). A vergonha é também relatada por algumas destas mulheres (Bardos, Hercz, Friedenthal, Missmer & Williams, 2015). Para além disso, é uma emoção que cria vulnerabilidade psicológica face a outros sentimentos negativos (Lewis, 1971). Com a nova gravidez, ocorre um decréscimo do sofrimento relacionado com a perda anterior, uma melhor aceitação da perda e diminuição dos sentimentos de culpa (Theut, Moss, Zaslow, Rabinovich, Levin & Bartko, 1992). A vinculação pré-natal, a ligação afetiva entre a mãe e o bebé (Condon, 1993), poderá ser a responsável pela melhor integração da perda.

Objetivo: O presente estudo, com grávidas que já experienciaram uma interrupção espontânea da gravidez (IEG), tem como objetivo compreender a relação entre as variáveis psicológicas: culpa, vergonha e intensidade do luto relativamente à vinculação pré-natal numa gravidez posterior.

Metodologia: Participaram no estudo grávidas (N = 46) com idades compreendidas entre os 19 e os 50 anos. Foram utilizados três instrumentos: Escala de Culpa e Vergonha, Escala da Intensidade do Luto Perinatal e Escala de Vinculação Pré-Natal Materna. Os resultados foram estudados com análises de regressão linear hierárquica múltipla.

Resultados: Os resultados mostraram que, numa gravidez subsequente a uma IEG, os sentimentos de culpa são influenciados pelos sentimentos de vergonha, pelo processo de luto ativo e pela vinculação pré-natal. Por sua vez, o processo de luto ativo é explicado pelos sentimentos de vergonha, pela vinculação pré-natal e as suas dimensões qualidade e intensidade. Já as dificuldades de *coping* e os sentimentos de desespero são explicados pela vinculação pré-natal e pela sua dimensão intensidade da preocupação. Concluiu-se que a vinculação pré-natal é importante para o processo de luto perinatal e, por sua vez, que este luto influencia os sentimentos de culpa e vergonha.

Conclusão: Os resultados contribuem para a compreensão da vivência psicológica de uma IEG numa gravidez posterior e sugerem a pertinência de, no contexto clínico, se proceder à avaliação das dimensões estudadas, com vista a captar o seu impacto e delinear as intervenções em consonância.

Palavras-chaves: vinculação pré-natal; luto perinatal; culpa e vergonha; gravidez; IEG.

Abstract

Theoretical Introduction: Several studies about the psychological impact of a spontaneous abortion on women have concluded that feelings of guilt are quite common (Broen, Moum, Bodtker & Ekeberg, 2005; Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003). Shame is also reported by some of these women (Bardos, Hercz, Friedenthal, Missmer & Williams, 2015). In addition, it is an emotion that creates psychological vulnerability in the face of other negative feelings (Lewis, 1971). With the new pregnancy, there is a decrease of suffering related to the previous loss, a better acceptance of the loss and a decrease in the feelings of guilt (Theut, Moss, Zaslow, Rabinovich, Levin & Bartko, 1992). The prenatal attachment, the affective link between the mother and the baby (Condon, 1993), may be responsible for the better integration of the loss.

Objective: The present study, with pregnant women who have already experienced a spontaneous abortion, aims to understand the relationship between several psychological variables: guilt, shame, intensity of grief in relation to prenatal attachment during a further pregnancy.

Procedure: 46 mothers with children, aged between 19 and 50, participated in the study. Three instruments were used, Scale of Guilt and Shame, Scale of Intensity of Perinatal Grief and Scale of Maternal Prenatal Attachment.

Results: The results showed that, in a pregnancy following a spontaneous abortion, feelings of guilt are influenced by feelings of shame, by the active grieving process as well as by prenatal attachment. Also, the active grieving process is explained by feelings of shame, prenatal attachment and its dimensions of quality and intensity. Coping difficulties and feelings of despair are explained by the prenatal attachment and its dimension of intensity of preoccupation. It was concluded that prenatal attachment is important for the perinatal mourning process and also that this mourning influences feelings of guilt and shame.

Conclusion: The results contribute to the understanding of the psychological experience of a spontaneous abortion in a further pregnancy and suggesting the relevance of proceeding with the evaluation of the studied dimensions in the clinical context, in order to capture its impact and to outline clinical interventions accordingly.

Keywords: prenatal attachment; perinatal mourning; guilt and shame; pregnancy; spontaneous abortion.

Índice

1. Enquadramento Teórico	1
1.1. Vivência Psicológica da Gravidez.....	1
1.1.1. Vinculação pré-natal.....	5
1.2. Interrupção da Gravidez.....	8
1.2.1. Luto Perinatal.....	12
1.2.2. Culpa e Vergonha	15
1.3. Gravidez Posterior a Interrupção	17
2. Objetivos, hipóteses e relevância da investigação.....	21
2.1. Objetivo da investigação.....	21
2.2. Relevância da investigação.....	21
2.3. Hipóteses	22
3. Metodologia.....	23
3.1. Definição de variáveis	23
3.2. Operacionalização das variáveis.....	23
3.2.1. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e clínicas.....	23
3.2.2. Operacionalização da Culpa e Vergonha	24
3.2.3. Operacionalização do luto perinatal	25
3.2.4. Operacionalização da vinculação pré-natal materna	26
3.3. Hipóteses Específicas	27
3.4. Procedimento.....	28
3.4.1. Critérios de Inclusão da Amostra.....	28
3.4.2. Descrição Sociodemográfica e Clínica da Amostra.....	29
4. Resultados.....	33
4.1. Análise estatística	33
4.2. Testagem de Hipóteses.....	33
5. Discussão.....	43

5.1. Vergonha e Culpa.....	43
5.2 Intensidade do Luto Perinatal e Culpa	43
5.3. Vinculação Pré-Natal e Culpa.....	44
5.4. Vinculação Pré-Natal e Intensidade do Luto Perinatal	44
5.5. Vergonha e Intensidade do Luto Perinatal	45
6. Conclusão	47
Referências Bibliográficas.....	51

Índice de Anexos

Anexo 1 Carta Responsável Unidade de Psicologia Clínica CHULC

Anexo 2 Carta Diretor da Unidade da Mulher, da Criança e do Adolescente

Anexo 3 Carta Diretora do Serviço de Psicologia MAC

Anexo 4 Carta Presidente da Comissão de Ética CHULC

Anexo 5 Carta Enfermeira Chefe da Consulta GEMF

Anexo 6 Carta Diretora da Consulta GEMF

Anexo 7 Consentimento Informado

Anexo 8 RAPI

Anexo 9 Autorização da Utilização da Escala de VPNM

Anexo 10 Autorização da Utilização da Escala de Luto Perinatal

Anexo 11 Autorização da Utilização da Escala de Culpa e Vergonha

Anexo 12 Escala de Culpa e Vergonha

Anexo 13 Escala de Intensidade do Luto Perinatal

Anexo 14 Escala de Vinculação Pré-natal Materna

Anexo 15 Questionário Sociodemográfico e Clínico

Anexo 16 Questionário Online

Anexo 17 Análise de Consistência Interna Culpa

Anexo 18 Análise de Consistência Interna Vergonha

Anexo 19 Análise de Consistência Interna Luto Ativo

Anexo 20 Análise de Consistência Interna Dificuldades de Coping

Anexo 21 Análise de Consistência Interna Desespero

Anexo 22 Análise de Consistência Interna Vinculação Pré-natal Total

Anexo 23 Análise de Consistência Interna Qualidade da Vinculação

Anexo 24 Análise de Consistência Interna Intensidade da Preocupação

Anexo 25 Testes de Distribuição Normal (Kolmogorov-Smirnov)

Anexo 26 Análise de Regressão H1 – VI – vergonha, VD – culpa

Anexo 27 Análise de Regressão H2a – VI – luto ativo, VD – culpa

Anexo 28 Análise de Regressão H2b – VI – dificuldades de coping, VD – culpa

Anexo 29 Análise de Regressão H2c – VI – desespero, VD – culpa

Anexo 30 Análise de Regressão H3a – VI – qualidade da vinculação, VD – culpa

Anexo 31 Análise de Regressão H3b – VI – intensidade da preocupação, VD – culpa

Anexo 32 Análise de Regressão H3c – VI – VPN Total, VD – culpa

Anexo 33 Análise de Regressão H4a – VI – QV, VD – luto ativo

Anexo 34 Análise de Regressão H4b – VI – QV, VD – dificuldades de *coping*

Anexo 35 Análise de Regressão H4c – VI – QV, VD – desespero

Anexo 36 Análise de Regressão H4d – VI – IP, VD – luto ativo

Anexo 37 Análise de Regressão H4e – VI – IP, VD – dificuldades de *coping*

Anexo 38 Análise de Regressão H4f – VI – IP, VD – desespero

Anexo 39 Análise de Regressão H4g – VI – VPN Total, VD – luto ativo

Anexo 40 Análise de Regressão H4h – VI – VPN Total, VD – dificuldades de *coping*

Anexo 41 Análise de Regressão H4i – VI – VPN Total, VD - desespero

Anexo 42 Análise de Regressão H5a – VI – vergonha, VD – luto ativo

Anexo 43 Análise de Regressão H5b – VI – vergonha, VD – dificuldades de *coping*

Anexo 44 Análise de Regressão H5c – vergonha, VD – desespero

Índice de Tabelas

1. Idade e Escolaridade (média, desvio-padrão, mínimo e máximo) da Amostra
2. Características Sociodemográficas da Amostra
3. Características Clínicas e Obstétricas da Amostra
4. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 1 (VI – vergonha, VD – culpa)
5. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 2a (VI – luto ativo, VD – culpa)
6. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 3c (VI – vinculação pré-natal total, VD – culpa)
7. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 4a (VI – qualidade da vinculação, VD – luto ativo)
8. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 4d (VI – intensidade da preocupação, VD – luto ativo)
9. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 4e (VI – intensidade da preocupação, VD – dificuldades de *coping*)
10. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 4f (VI – intensidade da preocupação, VD – desespero)
11. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 4g (VI – vinculação pré-natal total, VD – luto ativo)
12. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 4h (VI – vinculação pré-natal total, VD – dificuldades de *coping*)
13. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 4i (VI – vinculação pré-natal total, VD – desespero)
14. Resumo do Modelo para Testagem da Hipótese 5a (VI – vergonha, VD – luto ativo)

1. Enquadramento Teórico

1.1. Vivência Psicológica da Gravidez

Para compreender a vivência psicológica da interrupção espontânea da gravidez (IEG) é necessário ter em conta os processos que ocorrem normalmente numa gravidez e a sua realidade subjetiva, para que se possam comparar as necessidades particulares e acrescidas de uma IEG.

A gravidez corresponde a um processo de construção e de desenvolvimento psicológico, período que decorre entre a conceção e o parto, durando cerca de quarenta semanas (Canavarro, 2006). Durante nove meses de ensaios, ligações, ansiedades, fantasias e reflexões constrói-se, progressivamente, um projeto adaptativo de maternidade (Canavarro, 2006). A grávida pode preparar-se psicologicamente para ser mãe, ao ensaiar cognitivamente o novo papel e as tarefas maternas, ao ligar-se afetivamente ao bebé, iniciar a reestruturação de relações, incorporar a existência do filho à sua identidade e, simultaneamente, ao aceitar este como uma pessoa única e separada de si.

Para Colman e Colman (1994), a adaptação de cada mulher ao processo da gravidez pode ser conceptualizada através de uma sequência de três fases: a) integração, que corresponde ao primeiro trimestre, caracteriza-se por sentimentos de incerteza quanto à realidade da gravidez, existindo assim, ambivalência entre a aceitação e a rejeição do bebé, a mulher encontra-se centrada em si própria e o bebé ainda é percebido como imaginário; b) diferenciação, que corresponde ao segundo trimestre, caracteriza-se pela aceitação da existência do bebé como parte da mãe, mas diferente desta, os movimentos fetais ajudam a tomar consciência do bebé, como um ser independente, dá-se então, a passagem de um bebé imaginado para um bebé mais real; c) separação, que corresponde ao terceiro trimestre, onde se dá a compreensão de que a mãe se vai separar fisicamente do bebé que está dentro de si, havendo assim, o reconhecimento do seu filho como indivíduo.

A maternidade e a gravidez consistem num período de desenvolvimento, que tal como as restantes fases, se caracteriza pela necessidade de resolver tarefas de desenvolvimento específicas e pelo vivenciamento de uma crise própria (Canavarro, 2006). A noção de crise está associada à necessidade de reorganização, quando ultrapassada, i.e., quando resolvidas as diversas tarefas desenvolvimentistas correspondentes, permite o acesso a níveis de funcionamento superiores, devido à resolução de problemas anteriores e à organização de estruturas intrapsíquicas e relacionais mais complexas (Erickson, 1980). Bibring, Dwyer,

Huntington e Valenstein (1961) descrevem a crise da gravidez como um período de crescimento e integração maturativa da mulher, caracterizado pelas variações individuais, de acordo com a estrutura da personalidade, grau pessoal de ajustamento e ainda, com a constelação familiar e seu enquadramento.

No entanto, nem todos os autores concordam que a gravidez seja em si mesma uma crise, poderá constituir-se numa crise se surgirem dificuldades excessivas no ajustamento e adaptação. A gravidez pode ser conceptualizada como um processo de decisão que independentemente, da opção tomada, deve implicar desenvolvimento pessoal. Neste período de transição para a parentalidade, é necessário um processo de adaptação; a futura mãe tem de se adaptar a um conjunto de transformações que ocorrem, seja no seu corpo, seja nas novas expectativas e papéis a si atribuídos, o que implica por consequente, uma reestruturação das relações interpessoais (Figueiredo, 2001).

As tarefas desenvolvimentistas da gravidez e maternidade são as seguintes: 1) aceitação da gravidez – ambivalência é o que mais caracteriza os primeiros tempos da gravidez (Brazelton & Cramer, 1993; Colman & Colman, 1994), havendo desejo e ao mesmo tempo, receio da gravidez. Inicia-se também o processo de identificação materna, havendo a procura de modelos maternos conhecidos, sobre a forma de se comportar e se preparar para a chegada do novo elemento (Mendes, 2002). 2) aceitação da realidade do feto – inicialmente, o feto é concebido pela mãe como parte de si e as atenções estão centradas nas transformações corporais, progressivamente, a representação do bebé vai se tornando mais autónoma, através da percepção dos movimentos fetais e dos registos ecográficos, que permitem a sensação real de presença do bebé dentro de si. A iniciação deste processo psicológico de diferenciação é essencial para uma identificação materno-fetal (Mendes, 1999, cit. in Canavarro, 2006). 3) reavaliação e reestruturação da relação com os pais – a partir do segundo trimestre, os processos intrapsíquicos da grávida são ocupados pela reavaliação do relacionamento com os pais, sobretudo com a mãe (Colman & Colman, 1994), o principal modelo de comportamento materno. Através desta reavaliação, para se acomodar ao papel materno, a grávida vai incorporar e mimetizar o que considera positivo e alterar aquilo que não acha adequado para si. 4) reavaliação e reestruturação da relação com companheiro – a aliança conjugal deve ser flexibilizada de forma a articular a aliança parental, tendo de haver reajuste no plano afetivo, na rotina diária e no relacionamento sexual. 5) aceitação do bebé como realidade separada – corresponde ao período de preparação para a separação, para o parto, em que tendem a ressurgir os sentimentos de ambivalência, por um lado, desejo de ver o filho e terminar a gravidez e por outro, o desejo de prolongar e adiar

o parto e as novas exigências. 6) reavaliação e reestruturação da própria identidade – consiste na incorporação da identidade materna. 7) reavaliação da relação com outro(s) filho(s) - as múltiplas têm preocupações de um cariz diferente das mulheres que vão ser mães pela primeira vez. Mais do que focadas na relação com o novo bebé, estão focadas no receio de abortar, de iniciar trabalho pré-termo, com os sintomas físicos, os procedimentos médicos de urgência no momento do parto (Mercer, 1996, cit. in Canavarro, 2006). Para além disso, estão preocupadas com: a sua capacidade física para cuidar de vários filhos ao mesmo tempo, sentimentos de culpabilidade ao antecipar a reação do primeiro filho ao nascimento do irmão e a sua capacidade de amar várias crianças da mesma forma (Lederman, 1997, cit. in Canavarro, 2006). Estas tarefas vão-se modificando com a evolução temporal da gestação, à medida que diferentes preocupações vão surgindo no psiquismo da mulher grávida (Colman & Colman, 1994).

A forma como a grávida e a sua família se adaptam às diversas mudanças dependerá de como a própria mulher percebe a maternidade (Canavarro, 2001; Leal, 2005). Assim, o modo como as tarefas de desenvolvimento serão ultrapassadas dependerá em parte das representações que cada mulher tem, tal como, da “bagagem” que cada uma traz consigo. Brazelton (1992) relaciona as experiências anteriores vividas pela mulher com o modo como esta se adapta ao processo, às responsabilidades resultantes de uma gravidez. Pereira (1998, cit. por Fonseca e Magão, 2007) apoia esta ideia ao salientar que, *a mulher transporta para a gravidez um total de experiências acumuladas do passado e que influenciam a sua percepção da gravidez e da maternidade*. A experiência da gravidez dependerá, então, do significado que lhe é atribuído. Cada mulher vai construindo diversas representações sobre a sua experiência de maternidade.

As representações sobre a gravidez dependem, maioritariamente, dos processos cognitivos e da personalidade da grávida. Os processos cognitivos são influenciados pela decisão de engravidar e pelo comportamento materno em geral. Já a personalidade é influenciada por fatores associados à história pessoal, fatores desenvolvimentistas como a relação precoce com a figura de vinculação, as experiências prévias de gravidez, a profissão, entre outros; e ainda, por fatores relacionais como a satisfação conjugal; por fatores socioculturais e históricos e por fatores genéticos (Canavarro, 2006).

Pode-se encontrar uma multiplicidade de perfis relativamente às crenças face à maternidade. De um modo geral, não existem perfis disfuncionais ou funcionais, dependendo da sua valência adaptativa a situações específicas. Existem crenças que são mais rígidas (menos sensíveis à

mudança) ou absolutas (difíceis de se articularem e integrar com outras representações) e, portanto, menos adaptativas (Canavarro, 2006).

Existem múltiplos conflitos relativos à gravidez e à maternidade, a expressão deste conflito pode traduzir-se em complicações na vida fértil ou na total rejeição da maternidade. O insucesso da gravidez, ou a não concretização da maternidade, pode ter subjacente a dificuldade de integração dos múltiplos ideais que a mulher equaciona para si – *a defesa psicossomática mais radical contra as angústias provocadas pela gravidez consiste no aborto – a expulsão prematura de um embrião não integrado psicologicamente* (Langer, cit. in Correia, 1998). Os insucessos de engravidar podem traduzir uma barreira na vivência da maternidade ou uma incapacidade na representação da gravidez. *Entre o desejo de ter um filho e o poder de ter um filho há todo um jogo de forças psíquicas e físicas, de maturações e defeitos orgânicos, de pulsões e interdições. Da resolução destas forças, por vezes contraditórias, entre o desejo de ter um filho, o querer ter um filho, e o poder ter um filho, se jogará a Fertilidade/Infertilidade* (Faria, 2001, cit. in Cabral, 2001).

A situação de maternidade, ao ser vista como um encontro, revela o peso acrescido que as relações significativas têm na construção das representações sobre a gravidez (Sameroff, 1993, cit. in Canavarro, 2006). A relação materna é das mais importantes para a formação de significados sobre a maternidade; a forma como a figuração de vinculação cuidou e “foi mãe” constitui o principal e primeiro modelo de comportamentos e afetos maternos. A grávida revive psicologicamente a sua infância e a relação precoce com a sua própria mãe, aprendendo regressivamente, o que é ser mãe. Não obstante, todas as fontes de apoio social afetarão certamente, as representações sobre a maternidade (Figueiredo, 1997, cit. in Canavarro, 2006). Nomeadamente, a relação conjugal será uma imprescindível fonte de ajuda à adaptação da mulher e aos cuidados prestados à criança. Sendo também incontestável que nos dias de hoje, a profissão e o projeto de educação ocupam uma parte central das nossas vidas, pelo que necessidades económicas, pressão social e necessidade de realização pessoal têm um papel preponderantes nas representações (Canavarro, 2006).

O desejo de maternidade desenvolve-se desde a infância, a partir das identificações às figuras parentais. Neste sentido, desejar um filho significa que a mulher tem uma representação de si mesma como mãe (Sá & Cunha, 1996). A gravidez desperta a necessidade de a mulher rever a relação consigo própria, com os seus pais (no passado e presente) e com o seu companheiro. Como tal, na vivência psicológica da gravidez são essenciais os movimentos identificatórios

da mulher, com a mãe, mas também com o feto, uma identificação virada para o passado e outra para o futuro (Cordeiro, 2005).

A gravidez opera como um momento crítico onde se reencena o desenvolvimento infantil, desde modo, ao constituir-se como um palco para a reformulação de todas as tarefas psíquicas estabelecidas anteriormente leva a uma reorganização psíquica e conseqüentemente, a uma maturação (Bibring, 1959). Bibring, tal como Deutsch, entende a gravidez como uma crise maturativa, capaz de produzir uma nova e diferente organização psíquica, através da revisitação de conflitos anteriores, acrescentando que o jogo de equilíbrios entre os investimentos narcísicos e objetais, em que num primeiro momento há um retraimento narcísico caracterizado pelo investimento libidinal do *self* fundido com o novo “corpo estranho” (Bibring et al., 1961).

De acordo com a literatura psicanalítica, a gravidez é interpretada como uma experiência regressiva. Contudo, esta abordagem não tem em conta a novidade, a singularidade do período perinatal. A Teoria das Transformações de Bion (1965) vai permitir-nos observar a gravidez de uma perspectiva singular, ao tentar perceber a forma como a mente da grávida opera sobre a experiência emocional da gravidez, *transformando-a e transformando-se a si mesma nesse processo*. Esta perspectiva vê a gravidez como uma experiência nova e única ao ser psiquicamente subjetivada, dotada de significado e pensada. Psicologicamente, a gravidez não consiste apenas na encenação subjetiva de temas universais da gestação, as tarefas desenvolvimentistas. Mas num processo de transformação do universal, a partir da experiência singular dotada de significação. É um encontro que implica um ir sendo, ir transformando, ir significando (Rosado, 2016). As experiências vividas pela grávida são transformadas e dotadas de significado, alterando deste modo, a própria psique e percepção da experiência emocional.

1.1.1. Vinculação pré-natal

A gravidez é uma experiência única para a mulher, tal como para a sua família, em que todos passam por uma mudança, uma descoberta de novos papéis e identidades. Assim, é um momento próprio de criação de ligações, especialmente afetivas. Em particular, *“a mulher sente-se ligada desde o início por uma relação de dependência mútua e progressiva”* (Gomes Pereira, 1985, cit. in Canavarro, 2006). Para além de biológica, esta dependência é também afetiva, estabelecendo-se entre a mãe e o bebé uma ligação ativa e recíproca.

Hoje em dia, é consensual que a relação afetiva da mãe com o feto se estabelece durante a gravidez, falando-se de vinculação pré-natal (Mendes, 1999; Robinson, Baker & Nackerud,

1999; Speckhard, 1997; cit. in Canavarro, 2006), o que contraria a imagem tradicional de passividade psicológica da mulher durante este período perinatal. A vinculação pré-natal (VPN) é fundamental para o estabelecimento das relações dos pais com os seus filhos, sendo durante a gravidez que se formam os alicerces de todas as outras relações posteriores. Condon (1993) define a VPN como o laço emocional que se estabelece entre pais e filhos antes do nascimento. Para Moulder (1994), a VPN consiste no desenvolvimento de sentimentos dos pais para com o seu bebé, antes de este nascer.

A construção do conceito de VPN começou com a noção da importância do investimento afetivo da mãe ao bebé durante a gravidez. Deutsch (1945/1974) falava na progressiva incorporação do feto pela grávida, investindo-o de um amor narcísico e tomando progressivamente consciência da sua existência para além de si. Já Winnicott (1956) trouxe o conceito de preocupação maternal primária, em que a grávida identifica como necessidades do feto, o ser protegido, amado e liga-se a ele. Também Bibring (1959) afirmava que uma das tarefas psicológicas da gravidez é o investimento libidinal no feto. Torna-se importante fazer a distinção entre a VPN e o investimento da mulher na gravidez. O investimento diz respeito a um processo ativo que implica, por exemplo, a realização de tarefas maternas específicas deste período de desenvolvimento (Moulder, 1994). Contudo, é a consciencialização da existência do feto que leva à interiorização precoce do mesmo (Righetti, Dell'Avanzo, Grigio & Nicolini, 2005, cit. in Camarneiro & Justo, 2010), tal como à incorporação deste na família (Wilson, White, Cobb, Curry, Greene, & Popovich, 2000, cit. in Camarneiro, 2010), que leva, posteriormente, à VPN. Podendo-se então afirmar que o investimento é anterior à VPN, ou mesmo que é o investimento que leva à criação de um vínculo.

A VPN consiste num sistema representacional de vinculação dos pais ao feto. Esta situa-se sempre a nível das representações. Durante a gravidez, a mãe e o pai adquirem uma representação interna, crescentemente elaborada do feto e que compreende uma curiosa mistura de fantasia e de realidade, sendo o feto um recipiente por excelência da projeção. Sendo em relação a esta imagem interna que o vínculo emocional se desenvolve (Condon, 1993).

Cranley, em 1981, criou a primeira escala, *Maternal-Fetal Attachment Scale*, definindo como VPN, os *comportamentos da mulher que representam ligação e interação com o seu filho ainda por nascer* (Camarneiro & Justo, 2010). Muller, em 1993, insatisfeito com a avaliação comportamental da ligação mãe-bebé, conceptualizou a VPN como a relação afetiva única que

se desenvolve entre a mulher e o feto, que ocorre de forma progressiva, aumentando com o decorrer da gravidez e construiu o *Prenatal Attachment Inventory*.

Condon (1993) propôs um modelo de vinculação no adulto e aplicou-o à VPN, a sua conceptualização segue o trabalho de Bretherton (1985) que, de um modo geral, define vinculação como um laço emocional ou ligação psicológica. A partir da literatura existente sobre a natureza da vinculação no adulto e da sua experiência clínica relativa ao luto, Condon apresentou um modelo fenomenológico que ajuda a compreender os componentes da VPN. O modelo proposto é hierárquico e postula que o núcleo da vinculação é a experiência do amor, considerando que a VPN representa a forma mais básica de intimidade humana, envolvendo um objeto. O segundo patamar compreende cinco experiências subjetivas ou disposições: 1) o desejo de conhecer; 2) estar em interação com; 3) evitar a separação e a perda; 4) proteger; 5) satisfazer necessidades. Estas disposições derivam da experiência de amor e são os mediadores entre a experiência nuclear de amor e os comportamentos observáveis, que são a expressão da mesma. Isto é, a experiência de amor, o núcleo da VPN pode ser descrito a partir destas cinco disposições. Como foi dito, as disposições expressam a experiência subjetiva em comportamentos evidentes, compreendendo, estes últimos, o terceiro patamar (Condon, 1993). Os comportamentos observáveis de VPN são de procura de informação, proximidade, proteção, prazer e gratificação altruísta. Assim, dentro deste quadro conceptual, estas cinco disposições são consideradas como “indicadores” ou “presença provável” de vinculação. No entanto, era da convicção do autor que o construto da vinculação é mais complexo do que a soma destas cinco disposições.

Através de entrevistas não estruturadas sobre a experiência de vinculação, Condon (1993) construiu questionários tanto para as mães, como para os pais, a *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale* (MPAAS). Esta escala é composta por duas subescalas, uma materna e outra paterna. Cada escala tem o seu resultado total e é constituída por duas dimensões ou fatores: 1) qualidade da vinculação (QV), i.e., qualidade das experiências afetivas, da existência de sentimento de proximidade, de ternura e prazer; 2) intensidade da preocupação (IP) ou tempo despendido com o modo de vinculação, que representa a preocupação com o feto, o tempo passado a pensar, sonhar, palpar ou falar sobre o feto e os sentimentos que acompanham estas experiências.

A partir do cruzamento de estas dimensões, obtêm-se quatro padrões ou estilos de VPN: 1) QV positiva, preocupação com o feto e dispêndio de tempo com o modo de vinculação, traduz uma

forte e segura vinculação; 2) QV positiva, mas baixo dispêndio de tempo com modo de vinculação ou baixa preocupação com feto; 3) QV negativa, pouco tempo despendido no modo de vinculação e baixa preocupação, representa pais pouco envolvidos ou envolvidos de um modo ambivalente; 4) QV negativa, mas alta preocupação com feto e bastante tempo despendido com modo de vinculação, reporta-se aos pais ansiosos, ambivalentes ou com preocupações afetivas.

A avaliação da VPN deve centrar-se na observação da qualidade da vinculação e do tempo despendido no modo de vinculação ou da IP (Laxton-Kane & Slade, 2001, cit. in Camarneiro & Justo, 2010). Estas dimensões fazem parte de um todo relacional, íntimo e profundo, da experiência emocional e da manifestação comportamental de cada progenitor face ao seu filho.

Um estudo de Camarneiro (2010) estudou a VPN e as suas dimensões QV e IP. Concluindo que a VPN total e suas dimensões associam-se positivamente às melhores atitudes face à gravidez e maternidade, à satisfação conjugal elevada e ao coping e associam-se, negativamente, aos estados emocionais negativos e aos sintomas psicopatológicos. Os fatores sociodemográficos que influenciam a VPN, total e suas dimensões, são a idade jovem e a habitação protegida. As variáveis clínicas que influenciam a VPN materna são o planeamento da gravidez, a fácil aceitação da gravidez não planeada, o número de gestações anteriores e a idade gestacional mais avançada.

1.2. Interrupção da Gravidez

Distinguem-se alguns tipos de perdas por morte infantil durante o período perinatal: morte fetal, morte à nascença e morte neonatal, cada uma destas situações associadas a diferentes vivências psicológicas, mas em todas implicam a reações emocionais que dependem da interação entre as principais personagens da gravidez, pais, bebés e outros.

A morte perinatal consiste na perda precoce decorrente entre as vinte semanas de gravidez e os primeiros sete dias após o nascimento, ou num período mais lato entre a fecundação e os primeiros vinte e oito dias após o nascimento (Biscaia, 1996, cit. in Canavarro, 2006). A perda gestacional engloba um conjunto de situações de perda que podem ocorrer durante toda a gestação, no momento do parto ou após o parto. O aborto espontâneo, a morte fetal, a morte neonatal, a interrupção médica da gravidez e a interrupção voluntária da gravidez são situações designadas como perdas gestacionais (Public Health Agency of Canada, 2000 citada por Nazaré, Fonseca, Pedrosa & Canavarro, 2010).

A interrupção espontânea da gravidez (IEG) é definida como a perda repentina e inesperada da gravidez que ocorre até às vinte semanas de gestação e resulta em morte fetal (Rolim & Canavarro, 2001). Esta perda precoce ocorre numa fase ainda muito inicial da gravidez em que a mulher pode não ter conhecimento do seu estado (Canavarro, 2006).

Devido à precocidade da perda, em casos sem sintomatologia relevante, o acontecimento é mantido em segredo ou nem sequer chega a ser reconhecido como uma perda. Contudo, uma IEG acarreta a interrupção de um processo criativo, além da perda física, a mulher depara-se com a perda de expectativas, planos futuros relativos ao bebé e à maternidade, de autoestima e de parte do *self* (Lee & Slade, 1996).

As reações emocionais após perda precoce são eventos complexos e multidimensionais (Speckhard, 1997, cit. in Canavarro, 2006), estando relacionadas com a perceção de perda e com os múltiplos significados atribuídos à gravidez e, ultrapassado o sentido da perda, i.e., envolvendo diversos aspetos como a ligação afetiva mãe-bebé, características dos pais (história pessoal e desenvolvimentista, personalidade, representações sobre maternidade, motivações e desejo da gravidez, relacionamento conjugal, entre outros), do bebé e da gravidez (idade gestacional, natureza da gravidez, existência de complicações médicas ou risco, existência de tratamentos, entre outros) e ainda, do ambiente, como o apoio social e familiar, tal como todo o universo psicológico relacionado com receio de nova perda, impossibilidade de nova gravidez, alteração do autoconceito, perda do sentimento de invulnerabilidade e alteração de crenças religiosas.

As reações à IEG não estão linearmente relacionadas com o tempo de gestação, dependem mais da motivação e desejo da gravidez (Moulder, 1994), i.e., do investimento emocional na gravidez. Contudo, as perdas que ocorrem no último trimestre parecem ter um maior impacto psicológico (Rolim & Canavarro, 2011). Tal pode advir da mediação de variáveis como: estreitamento da comunicação mãe-bebe, devido ao aumento dos movimentos fetais, tal como da maior perceção física do bebé, devido ao aumento do volume da barriga e aumento das expectativas sobre a prestação de cuidados (Rolim & Canavarro, 2011). Apesar da variabilidade destas reações, geralmente, os sentimentos apresentados por estas mulheres são a tristeza, frustração, desapontamento, raiva e auto-culpabilização. A ocorrência de uma IEG traz sofrimento psicológico imediato e/ou a longo prazo para as mulheres, especialmente, nos dias de hoje, nos quais assistimos a um declínio das famílias numerosas, em que a perda de um bebé adquire muito mais significado (Tenazinha, Bayle & Conboy, 2008). Os efeitos de uma

IEG são descritos como mais intensos devido à atitude da sociedade para com os pais em sofrimento ou mesmo, devido à atitude dos profissionais de saúde, pois a perda de um bebé continua a ser vista como um acontecimento insignificante, que não tem ou terá qualquer impacto no funcionamento psicológico da mulher.

Cain (cit. por Klier, Geller & Ritsher, 2002) foi dos primeiros autores a referir-se à IEG como um evento traumático, relatando como principais consequências emocionais o medo, a dor, a culpa, a raiva e o desespero. Para muitas mulheres, representa a morte de uma futura criança e a rutura de planos reprodutivos, induzindo psicologicamente incerteza relativas à competência para conceber um filho.

Frost e Condon (1996) destacam dois efeitos psicológicos que uma IEG: 1) revolta associada à perda – é caracterizado por memórias do evento, pensamentos intrusivos, sofrimento intenso, disforia persistente e respostas inadequadas face a situações de crise subsequentes; 2) culpa – esta exacerbada pela ambivalência e hostilidade desencadeada pela gravidez, pois a mulher sente que desejou a morte do filho e, a responsabilidade da dependência integral do feto transforma-se numa intensa culpabilidade, independentemente das circunstâncias em que ocorre a IEG. Um outro aspeto destacado por estes autores é a perda de uma parte do self, especialmente numa perda bastante precoce, numa fase em que o feto ainda é experienciado como parte da mãe, o que pode levar a que a mulher se sinta vazia ou que parte dela tenha desaparecido.

Um estudo qualitativo de Wong, Crawford, Gask e Grinyer (2003) relatou, através de entrevistas a mulheres que experienciaram uma IEG, sentimentos recorrentes de culpa. Esta culpa estava frequentemente associada a um sentimento de falha pessoal, de ter feito algo de errado ou de desiludir as pessoas próximas. Houve ainda mulheres que relataram-se sentir-se culpadas por não estarem deprimidas ou em luto, como seria expectável pelos outros. Broen, Moum, Bodtker e Ekeberg (2005) mostraram que os níveis de culpa têm bastante relevância após uma IEG, já os níveis de vergonha eram mais baixos. Bardos, Hercz, Friedenthal, Missmer e Williams (2015) investigaram as perceções da população acerca da IEG, revelando que grande parte dos participantes tinham conceções erradas, estes acreditavam que uma IEG era um acontecimento pouco comum e que podia ser causado devido ao estilo de vida e aos comportamentos da mulher (e.g. levantar pesos ou ter tomado contraceção oral anteriormente). Ademais, das participantes que experienciaram uma IEG, 47% relatavam sentir-se culpadas, 41% consideravam ter feito algo de errado e 38% achavam que poderiam ter prevenido a IEG,

sentindo-se responsáveis por estas. Para além disso, ainda 28% das participantes sentiam-se envergonhadas com a IEG.

Os sentimentos de culpa associados à IEG devem-se ao facto de a mulher sentir que não teve os cuidados necessários para o desenrolar de uma gravidez saudável, como alimentação, hábitos tabágicos ou alcoólicos, rotinas de sono, entre outros. Para além disso, mesmo em situações de gravidez não planeada nem desejada, a culpa está frequentemente associada às reações emocionais subsequentes à interrupção, sobretudo quando a perda é interpretada como a concretização de um desejo íntimo não confessado (de não desejar essa gravidez) ou ainda, por intervenção de fatores culturais e religiosos, sendo interpretada como um castigo divino. No entanto, é comum em situações em que a mulher seguiu todas as indicações médicas e ainda assim ocorre uma IEG que surjam sentimentos de culpa (Rolim & Canavarro, 2001).

De um ponto de vista psicológico, a IEG pode estar relacionada com a ambivalência perante a gravidez e com as dificuldades de adaptação à gravidez. A ambivalência e às dúvidas em relação à gravidez são naturais, mas no prosseguimento da mesma, é importante conseguir gerir e integrar essa ambivalência. Colman e Colman (1994) propõem que uma IEG pode ser uma representação do desejo inconsciente da mulher de não ser mãe. Sami-Ali, Cady, Froli, Gauthier, Gorot, Mendes e Robert (2001) propõem que o funcionamento psicológico de uma pessoa é determinado pelas relações estabelecidas entre a função do imaginário e o recalçamento dessa função. Neste sentido, o imaginário consiste na entidade biológica e psicológica que estabelece a relação entre a psique e o soma. A somatização pode originar-se quando à um excesso ou um défice da função do imaginário e do recalçamento da mesma. Visto que a gravidez é pautada por uma ambivalência psicológica é um terreno fértil para o aparecimento de conflitos, quando estes não são elaborados, podem ser expressos na sua forma somática. Nesta perspetiva, podemos incluir teoricamente, a IEG. A expressão não tem necessariamente um significado simbólico direto, podendo ser a consequência de vivências desajustadas. São diversos os autores que realçam a existência de conflitos psíquicos em situações de IEG, originados por perturbações na vivência psicológica do feminismo (Cordeiro, 2005). Outra condicionante da aceitação da gravidez relaciona-se com a parte mais pragmática da vida, o trabalho, as razões financeiras e a participação social e cívica, pelo que quando surgem obstáculos nesta área são maiores as probabilidades de a mulher rejeitar a gestação.

Grimm (1962) caracterizou os aspetos psicológicos das mulheres com IEG's recorrentes comparativamente a um grupo de controle. Os resultados que obteve foram mulheres com

maior dificuldade em planejar e prever situações sociais, maior dificuldade no controle emocional, labilidade e tendência para exprimir conflitos internos com passagens ao ato, maior aderência ao convencional e estereotipado e grandes níveis de ansiedade (o que dificulta a resolução de problemas). A autora caracterizou estas mulheres como pessoas que são emocionalmente mais reativas e submissas, que não conseguem expressar diretamente os seus sentimentos agressivos quando frustradas, o que as impede de aliviar a tensão dos conflitos, que têm medo da rejeição e que são dependentes, agindo de acordo com as expectativas dos outros, ignorando as suas necessidades. Este tipo de funcionamento psicológico eleva a ansiedade e a reação psicossomática, pois a frustração, causada pelo não preenchimento das suas necessidades torna difícil a gestão e elaboração de emoções de cariz ansioso ou agressivo.

1.2.1. Luto Perinatal

O luto pode ser entendido como um processo psicossocial que visa a transferência emocional da vinculação do objeto perdido para memórias aprazíveis dessa mesma vinculação (Bayle, 2008). O luto como fenómeno foi inicialmente descrito por Freud como uma perda dolorosa, em que toda a energia é direcionada para pensamentos, sentimentos e atividades que se relacionam com o objeto perdido, que se caracteriza por um processo gradual de afastamento do indivíduo enlutado, revivência do passado e de recordações. De acordo com Jacob (1993, cit. in Koch, Santos & Santos, 2012), o luto é um processo normal, dinâmico e individualizado que abrange aspetos físicos, emocionais, sociais e espirituais de pessoas que experienciam uma perda de algo significativo. É uma reação normal e esperada quando um vínculo é rompido e a sua função é proporcionar a reconstrução de recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência da perda (Gesteira, Barbosa & Endo, 2006, cit. in Koch, Santos & Santos, 2012). As respostas emocionais estão associadas ao trabalho de elaboração psicológica da perda, geralmente denominado por processo de luto. Este é processo pessoal de adaptação à perda, uma experiência que implica sofrimento, mas também a capacidade de encontrar esperança e alternativas de vida significativas (Corr, Nabe & Corr, 1994, cit. in Canavarro, 2006).

Weiner (1984, cit. in Canavarro, 2006) propôs diversas fases do processo de luto: a) fase de choque e negação – a pessoa não acredita no sucedido e sente-se perdida, só e apática, podendo estar presentes sintomas fisiológicos como diminuição do apetite, insónias, náuseas e sensação de desconforto; b) fase de desespero e expressão de dor – já há consciência da morte ocorrida, ocorre uma acentuação da sintomatologia depressiva, sendo frequentes sonhos e pensamentos

sobre pessoa perdida, podendo também ser observados sentimentos de raiva e de culpa; c) fase de resolução e reorganização – há progressiva recuperação de interesses pela vida, trabalho e outros, dos hábitos de sono e alimentares, os sentimentos de vazio e tristeza começam a dissipar-se, assim como as recordações da pessoa perdida. Contudo, existe uma grande intervariabilidade, pelo que as fases podem não ser sequenciais ou podem encadear-se (Keating & Seabra, 1994, cit. in Canavarro, 2006). A duração deste processo é então muito variável, existindo fatores de risco que o prolongam e de proteção que o facilitam. O percurso psicológico do processo de luto culmina com a aceitação e integração da perda e restituição do equilíbrio emocional, sendo um processo extenso e complexo. A recuperação de uma perda exige que se ativem os recursos pessoais e relacionais, que nem sempre estão disponíveis ou são os mais adequados ao trabalho de luto.

Ao longo do ciclo de vida, ocorrem diversos tipos de perdas, desde do término de uma relação amorosa à morte de um ente querido. Segundo Weiss (1998, cit. in Canavarro, 2006), existem três categorias de perdas hierarquizadas de acordo com o grau de sofrimento. Nesta lógica, as perdas precoces relacionadas com IEG's encontram-se na primeira categoria, perdas que envolvem reações de luto, sendo consideradas mais dolorosas, do ponto de vista relacional, pois implicam uma perda relacional significativa. O impacto da IEG é habitualmente expresso com tristeza e revolta, como na maior parte dos lutos. Contudo, as reações que se sucedem a uma perda são muito diversificadas. *Para além do sentimento de vazio, tristeza e exaustão física, a mulher que perde o seu bebé no período perinatal pode sentir-se culpada, falhada e recear que tal acontecimento se repita em futuras gravidezes* (Giles, 1970, cit. in Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988).

Embora o processo de luto precoce se afigure numa estrutura sequencial idêntica ao de outras perdas, apresenta algumas especificidades (Kay et al., 1997, cit in Cabral, 2005): 1) Embotamento emocional, negação, choque – pode ser tanto maior quanto mais avançada for a idade gestacional em que ocorre a perda; 2) Culpa e raiva – por de alguma forma ter causado ou contribuído para a situação de perda (e.g. dieta imprópria, falta de repouso, esforços, atividade sexual frequente, consumo de tabaco ou álcool); 3) Inveja e ciúmes – direcionado a grávidas ou mães com bebés, pelo que frequentemente, evitam o contacto estas; 4) Retorno menstrual – primeiramente, pode ser encarado como positivo, uma vez que pode significar a manutenção da funcionalidade do aparelho reprodutivo, reforçando a esperança de que uma nova gravidez pode ser conseguida, no entanto, as menstruações seguintes podem significar confirmações de insucesso se houver tentativas de engravidar, podendo acentuar a dor da perda

anterior; 5) O nascimento de um bebê saudável – em muitas situações, é neste momento que a mulher consegue, definitivamente, ultrapassar a perda da gravidez.

Para além disso, este tipo de luto tem algumas dificuldades acrescidas como a relutância dos familiares de falar abertamente leva que os supostos pais se sintam sozinhos, a causa da morte é, por vezes, desconhecida, que juntamente com alguns “mitos” infundamentados levam a sentimentos de culpa e o encobrimento da perda e a percepção (Toedter et al., 1988).

O luto precoce da gravidez é um processo extremamente complexo, não existe por exemplo, uma criança “visível” para chorar, não há memórias nem experiências partilhadas, a morte é súbita e não há reconhecimento pela sociedade. Neste sentido, o trabalho de luto parece fazer-se ao nível do imaginário (Koch, Santos & Santos, 2012).

Sendo a transição para a parentalidade uma construção de uma nova relação, quando este processo é interrompido de forma abrupta e inesperada, como numa IEG, gera uma frustração, pelo que não é só a perda da gravidez, mas também uma série de outras perdas inerentes e com enorme significado – perda da pessoa amada, real ou imaginária, perda de autoestima, de estatuto (maternidade ou mulher), perda existencial (projeto de vida, futuro) (Koch, Santos & Santos, 2012).

Existe um pressuposto básico, relativamente à perda precoce, quanto mais prolongada for o período de gestação e a idade do bebé, maior será a ligação afetiva mãe-bebé e consequentemente, maior o sofrimento pela sua perda (Bluglass, 1984, cit. in Canavarro, 2006). Pelo contrário, Moulder (1994, cit. in Canavarro, 2006), destaca o papel do investimento e da ligação, acreditando que as reações de luto dependem do grau de ligação afetiva ao bebé e, portanto, não dependem necessariamente da idade gestacional ou do tempo de vida do bebé.

Relativamente às formas não adaptativas de lutos, Bowlby (1980, cit. in Canavarro, 2006) descreve-as como respostas que variam do “luto crónico” à “prolongada ausência de respostas de pesar conscientes”. O luto crónico caracteriza-se por uma preocupação constante com a pessoa perdida, aliada a uma incapacidade de retomar o funcionamento normal. Enquanto, a ausência de respostas e o evitamento do processo de luto diz respeito a pessoas que, após a perda, não expressam tristeza, angústia ou raiva, continuando com as atividades habituais, manifestando a longo-prazo dificuldades de adaptação, a nível físico e/ou psicológico. Worden (1991, cit. in Canavarro, 2006), a partir da conceção de luto patológico de Bowlby, descreveu quatro tipos de respostas de luto não-adaptativas: a) crónicas – luto que persiste durante muito tempo e dificulta o desempenho das tarefas rotineiras; b) atrasadas – respostas de luto são

inibidas, suprimidas, adiadas ou não resolvidas; c) exageradas – luto composto por respostas excessivas, que perturbam muito a vida do indivíduo; e d) mascaradas – presença de sintomas físicos e psicológicos que causam dificuldades ao indivíduo, mas que este não reconhece como parte do processo de luto.

1.2.2. Culpa e Vergonha

A vergonha e a culpa, enquanto emoções humanas, assumem funções importantes na vida dos indivíduos, perante uma transgressão ou erro; o *self* julga-se a ele próprio, através de uma autoavaliação. Experienciar vergonha ou culpa pode orientar o comportamento ou influenciar o modo como o sujeito se vê e avalia (Tangney, & Dearing, 2004). A vergonha e a culpa desenvolvem-se a partir das experiências interpessoais precoces, nomeadamente na família e noutros relacionamentos significativos. São emoções morais e ligadas à auto-conscienciosidade, na medida em que envolvem a autoavaliação do *self* e desempenham um papel fundamental na promoção do comportamento moral (Tangney, & Dearing, 2004). Helen Lewis (1971) propôs uma distinção revolucionária entre a vergonha e a culpa. Esta diferença diz respeito ao papel do *self* na experimentação destas emoções. Quando o foco é no próprio *self* a emoção experienciada é a vergonha. Quando o foco é no comportamento, a emoção é a culpa.

A culpa pode ser definida como uma emoção que envolve crítica e remorso em relação aos próprios sentimentos, pensamentos ou ações. Para além desta componente afetiva, inclui também uma componente cognitiva e interpretativa (Blum, 2008). Tangney e Dearing (2004) afirmam que a culpa faz parte do repertório das emoções morais, no sentido em que inibem comportamentos socialmente indesejáveis. Já Freud (1978) considerou a culpa como a expressão de um conflito de ambivalência entre o ego (influenciado pelos impulsos do *Id*) e o superego. Assim, o sentimento de culpa resultaria de um superego excessivamente rígido, estando implicado no desenvolvimento de diversas psicopatologias. Segundo Lewis (1971), a culpa resultaria de uma avaliação negativa de um determinado comportamento ou sentimento do *self* e não do *self* no seu todo. Consequentemente, envolveria um sentimento de tensão, arrependimento e constante preocupação relativamente ao que foi feito. Toda esta experiência seria ainda acompanhada por um impulso de confissão e reparação. A partir desta perspetiva, Lewis acredita que a culpa seria uma emoção compatível com reações empáticas – um indivíduo que se sinta culpado tem a tendência a preocupar-se com o mal que pode ter causado aos outros. Desde modo, a culpa pode ter consequências adaptativas ao motivar a pessoa a

envolver-se construtivamente na situação. Numa visão mais atual, Kubany e Watson (2003) consideraram a culpa como um constructo com dimensões cognitivas e afetivas. Pelo que a intensidade de este sentimento depende de diversos fatores: stress e cognições acerca da responsabilidade percebida no acontecimento, da falta de justificação para as próprias ações, da perceção de violação de valores e da capacidade de prevenir o acontecimento. Assim, e tendo em conta as características de personalidade, é possível explicar as diferentes reações de culpa perante um mesmo evento.

As mulheres que sofreram uma IEG podem sentir culpa por se sentirem responsáveis por algum comportamento ou pensamento prejudicial ao bebé, estando relacionada com a sensação de falha ou de desiludir alguém. O sentimento de culpa apos uma IEG pode também consistir na sensação de não corresponderem às expectativas de alguém, ao não estarem deprimidas ou traumatizadas (Wong et al., 2003).

A vergonha é um fenómeno emocional que envolve uma componente cognitiva de autoavaliação e uma componente afetiva de raiva, desconforto, inadequação e desejo de se ocultar (Blum, 2008). Tangney e Dearing (2004) consideraram a vergonha como uma emoção moral, pois orienta o indivíduo para comportamentos socialmente aceitáveis. Freud considerou-a como uma formação reativa contra impulsos sexuais exibicionistas, surgindo na infância como uma defesa contra os impulsos sexuais infantis. Lewis (1971), por sua vez, considerou a vergonha como uma avaliação negativa de todo o *self*, ao contrário da culpa, assim, uma má ação é vista como um reflexo de um mau *self*. Assim, quando o sujeito se autoavalia enquanto inadequado, defeituoso e/ou transgressor sente vergonha (Tangney, 1991, 1998). Nesta lógica, as experiências de vergonha resultam da atribuição de um resultado desagradável às características do próprio (e.g. *sofri um aborto porque não tenho competência para tal*). A vergonha é mais intensa quando a pessoa perceciona essas características como estáveis e globais. Desde modo, a vergonha é uma experiência dolorosa e devastadora, sendo acompanhada por um sentimento de inutilidade e depreciação relativamente a si próprio. Visto que ser uma emoção mais egocêntrica e centrada do próprio *self*, é menos compatível com reações empáticas – o indivíduo preocupa-se com o que os outros pensarão de si, mas não como as suas ações poderão eventualmente afeta-los.

Relativamente ao papel da vergonha na experiência psicológica da mulher que sofre uma IEG os resultados da literatura são muito pouco consistentes. No estudo de Bardos e colaboradores (2015), é reportada como uma experiência relativamente frequente. No entanto, este estudo não

utiliza um grupo de controlo nem medidas estandardizadas de vergonha. Pelo contrário, nos resultados obtidos por Broen e colaboradores (2005) mulheres que sofreram IEG apresentam níveis baixos de vergonha. Como tal, não há muitos resultados empíricos que permitam retirar uma conclusão precisa acerca das experiências de vergonha após uma IEG.

Comparativamente, a vergonha é uma experiência mais debilitante e dolorosa que a culpa. A culpa mobiliza o sujeito para a reparação da ação enquanto que a vergonha motiva o sujeito a adotar formas de defesa do self, não considerando resoluções para os seus problemas interpessoais. Para além disso, as pessoas com tendência para experienciar vergonha tem maior propensão para exteriorizar a responsabilidade e para expressar esta experiência através da agressão (Tangney, Stuewing, & Mashek, 2007).

Segundo Erikson (1963), a vergonha antecede a culpa em termos desenvolvimentistas, pelo que a primeira se desenvolve a partir dos dezoito meses, enquanto a última apenas a partir dos três anos. No estudo de Tangney e Dearing (2004), o sentimento de culpa implica o desenvolvimento de capacidades cognitivas mais complexas, pelo que só se desenvolve mais tarde. Assim, pode-se concluir que, segundo uma perspetiva desenvolvimentista, tem sentido a vergonha anteceder a culpa e assim, mediar o seu aparecimento. De acordo com Lewis (1971, cit. in Tangney & Dearing, 2004), a vergonha é uma emoção que cria vulnerabilidade psicológica a outras emoções negativas, pois é uma emoção que envolve uma perceção negativa de todo o self, sendo uma experiência devastadora e dolorosa para o indivíduo.

1.3. Gravidez Posterior a Interrupção

Uma das importantes consequências de uma perda precoce é o seu impacto nas gestações futuras, sobretudo quando o luto não foi ultrapassado de forma adequada ou não adaptativa. Nestes casos, as emoções podem ser reativadas e impedir a ligação afetiva ao novo bebé ou pode levar até à sua rejeição (Speckhard, 1997; Robinson, Baker & Nackerud, 1999; cit. in Canavarro, 2006).

A gravidez subsequente à perda gestacional é inevitavelmente influenciada pela experiência prévia, podendo resultar em sintomas ansiosos e depressivos mais intensos comparativamente ao esperado para este período (Fonseca & Canavarro, 2011). Estes sentimentos de ansiedade estão associados a uma incerteza acerca do mundo em geral e à concretização da gravidez no geral (Tsartsara & Johnson, 2006). Para além disso, a nova gravidez é mais difícil a nível emocional, apresentando mais características ansiogénicas e sentimentos de medo (Cuisinier, Jansen, Graauw, Bakker & Hoogdwin, 1996). Contudo, com o decorrer da gravidez e

posteriormente, com o nascimento do bebê, há uma redução do sofrimento associado à IEG anterior (Cuisinier, et al., 1996). Desde modo, a nova gravidez está associada a um efeito benéfico no processo de luto, embora a intensidade do sofrimento se possa manter alta, o que sugere que o processo de luto não termina com a nova gravidez, sendo apenas atenuado (Franché & Bullock, 1999).

Côté-Arsenault e Marshal (2000) verificaram que grávidas que já experienciaram uma IEG tendiam a reviver mais o passado, a reconhecer uma mudança, tentando equilibrá-la na realidade do presente e viver com poucas expectativas. Estas mulheres sentiam que tinham que investir mais no novo bebê, de modo a assegurarem-se que este viria a ser saudável, mas simultaneamente, tinham a tendência para se protegerem, não investindo emocionalmente na nova gravidez, pois esta poderia dar origem a outra perda. Franché e Mikail (1990) por sua vez, concluíram que mulheres grávidas com historial de IEG's apresentavam sintomatologia depressiva associada à autocrítica, dependência interpessoal, bem como ansiedade associada à crença de que todos os seus comportamentos iriam afetar a saúde do bebê, estando hipervigilantes. Comparativamente, grávidas sem historial de IEG apresentavam sintomatologia depressiva associada ao ajustamento da díade mãe-bebê e ansiedade associada à preocupação de que os cuidados dos técnicos de saúde pudessem prejudicar a saúde do bebê.

O processo de luto costuma ter uma duração de cerca de um ano, desde modo, se o período entre a perda precoce e uma nova gravidez for menor, pode haver um comprometimento do luto e este reaparecer num período de maior vulnerabilidade materna, como no período neonatal. Pois, processar simultaneamente, as emoções inerentes a uma gravidez adaptativa e as emoções relacionadas a um processo de luto adequado é algo bastante complexo, podendo até ser algo paradoxal. Para além disso, Bluglass (1984, cit. in Canavarro, 2006) afirma que se na altura de uma nova gravidez, a mãe se encontrar em pleno processo de luto, estando mais vulnerável fisiologicamente há um maior risco de uma nova perda precoce. Se a nova gravidez envolver riscos psicológicos acrescidos, estes aumentam exponencialmente, caso ocorra uma nova interrupção ou o fracasso em dar à luz um bebê saudável. Como as perdas anteriores dificultam a adaptação a uma nova perda, intensificando as emoções associadas, estas mulheres fazem um grande investimento na nova gravidez, o que torna ainda mais difícil a adaptação a um novo fracasso. Assim, a existência de uma perda anterior com um processo de luto não completamente desenvolvido é um fator de risco para o desenvolvimento de uma gravidez futura e para o futuro relacionamento mãe-bebê. Por outro lado, Lopes (1996, cit. in Canavarro,

2006) refere que se o luto de uma perda precoce ocorreu adequadamente, uma nova gravidez irá reforçar o processamento de emoções relacionado com essa perda.

Numa gravidez posterior à perda de um filho, o bebê imaginário pode coincidir em certa parte com o bebê perdido. A mãe apresenta desejos contraditórios entre ter o novo filho e continuar unida ao filho perdido. Como consequente, na fantasmática materna, surge o desejo de substituir uma criança pela outra (Bayle, 2008). Por outro lado, algumas mulheres, na tentativa de se protegerem, desinvestem emocionalmente no novo feto (Armstrong & Hutti, 1998).

2. Objetivos, hipóteses e relevância da investigação

2.1. Objetivo da investigação

As IEG's são perdas precoces que levam a um grande sofrimento psicológico, estando presentes, neste período de luto, sentimento de tristeza, culpa e até vergonha. Alguns autores propõem que a “intensidade” e “natureza” desta vivência pode estar relacionada com ligação afetiva da mãe ao seu bebê, este vínculo emocional desenvolve-se muito antes do bebê nascer. Assim, a vinculação pré-natal pode estar relacionada com a intensidade do luto, sentimentos de culpa e de vergonha vivenciados por mulheres grávidas que experienciaram uma IEG.

Pode então questionar-se: *Será a alta vinculação pré-natal que leva à exacerbação destes sentimentos, como por exemplo, um luto patológico? Ou será a falta de vinculação pré-natal que leva a grandes sentimentos de culpa e arrependimentos? Ou será ainda, a boa vinculação pré-natal que facilita o processo de luto?*

Para melhor compreensão da vivência psicológica de uma IEG, pretende-se estudar a relação entre as variáveis psicológicas: culpa, vergonha, intensidade do luto relativamente à vinculação pré-natal numa gravidez posterior. Para além disso, pretende-se estudar também a influência de variáveis sociodemográficas e clínicas.

2.2. Relevância da investigação

A presente investigação pretende evidenciar a importância da VPN e da ligação afetiva materno-fetal estabelecida precocemente. Acredita-se que estas variáveis vão mediar os processos e acontecimentos associados à gravidez e maternidade. Neste caso em específico, pensa-se que a VPN irá influenciar o modo como uma IEG é vivenciada, seja pelo impacto no processo de luto, seja pela interferência nos sentimentos despoletados pela IEG, nomeadamente a culpa e vergonha. Para além disso, tanto a experiência da IEG como a VPN vão influenciar a adaptação a uma gravidez posterior, no entanto, não se sabe ainda como é que estas duas variáveis vão, em conjunto, mediar esta adaptação. Assim, ao estudar a relação entre VPN, IL, culpa e vergonha numa gravidez subsequente a uma IEG, variáveis ainda não relacionadas, espera-se melhor compreender a vivência psicológica desta população.

O luto de uma perda precoce é uma problemática ainda pouco discutida e que algumas das mulheres que experienciam uma IEG dizem sentir-se negligenciadas ou pouco compreendidas pelas pessoas significativas ou mesmo pelos profissionais de saúde. Isto é, a experiência de uma IEG é banalizada pela sociedade, inclusive pelos profissionais de saúde que tomam a cargo

estas mulheres. Desde modo, pensa-se que seja imperativo consciencializar, mais uma vez, as pessoas próximas à mulher para o impacto desta experiência, que pode ser traumática ou mal resolvida. O que por sua vez, poderá ter consequências na parentalidade.

Com o acima apontado, espera poder melhor os cuidados proporcionados a estas mulheres e com isto, melhorar a sua saúde mental, tal como os próprios serviços de saúde.

2.3. Hipóteses

Hipótese 1 – Durante uma gravidez subsequente a uma IEG, a variável vergonha dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável culpa.

Hipótese 2 - Durante uma gravidez subsequente a uma IEG, a variável intensidade do luto perinatal dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável culpa.

Hipótese 3 – Durante uma gravidez subsequente a uma IEG, a variável vinculação pré-natal dará um contributo significativo para explicar a variável culpa.

Hipótese 4 – Durante uma gravidez subsequente a uma IEG, a variável vinculação pré-natal dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável intensidade do luto perinatal.

H5) Durante uma gravidez subsequente a uma IEG, a variável vergonha dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável intensidade do luto perinatal.

3. Metodologia

3.1. Definição de variáveis

- 1) Na hipótese geral 1, a variável dependente é a culpa e a variável independente é a vergonha.
- 2) Na hipótese geral 2, a variável dependente é a culpa e a variável independente é a intensidade do luto perinatal
- 3) Na hipótese geral 3, a variável dependente é a culpa e a variável independente é a vinculação pré-natal
- 4) Na hipótese geral 4, a variável dependente é a intensidade do luto e a variável independente é a vinculação pré-natal.
- 5) Na hipótese geral 5, a variável dependente é a intensidade do luto e a variável independente é a variável vergonha.

3.2. Operacionalização das variáveis

3.2.1. Operacionalização das variáveis sociodemográficas e clínicas

As variáveis sociodemográficas e clínicas serão operacionalizadas através do questionário sociodemográfico e clínico, criado especificamente para a presente investigação (Anexo 15). Este questionário tem essencialmente três grupos de questões. O primeiro diz respeito aos dados identificativos da mulher, como a data de nascimento, nacionalidade, estatuto ocupacional, estatuto conjugal, estatuto socioeconómico, número de anos de estudo com sucesso, profissão e agregado familiar. Foram ainda solicitados os elementos para o cálculo do Índice de *Graffar*: fonte de rendimento principal, tipo de habitação e aspeto do bairro habitado. A profissão foi classificada, para efeitos estatísticos, através da Classificação Nacional de Profissões (IEFP, 2001), tendo sido também classificada, para efeitos de cálculo do Índice de *Graffar*, através dos critérios do mesmo. Seguidamente, são perguntados os antecedentes psiquiátricos e qual o motivo para o seguimento em psicologia e/ou psiquiatria. Por último, a terceira dimensão, tem como objetivo a recolha do historial obstétrico. As participantes são questionadas sobre as gravidezes anteriores, se estas resultaram em gravidezes levadas a termo ou em parto prematuros. E ainda, se existiram problemas de saúde nas gravidezes anteriores e quais. É também questionado o número de interrupções espontâneas e/ou voluntárias e há quanto tempo estas ocorreram. No caso de existirem filhos, eram então solicitadas, o número e a idade dos mesmos. São, também, pedidos os dados da gravidez atual, se esta foi desejada,

planeada e vigiada, se existem problemas de saúde atuais, idade gestacional (nº de semanas da gravidez) e número de consultas já frequentadas.

3.2.2. Operacionalização da Culpa e Vergonha

A operacionalização da culpa e vergonha será efetuada através da Escala de Culpa e Vergonha pertence ao Questionário de Sentimentos Pessoais de Harder e Greenwald (1999), pelo que a sua versão portuguesa foi adaptada e traduzida por Geada (2003). Segundo Harder e Zalma (1990), a escala é uma medida da tendência para sentir vergonha e culpa, sendo a vergonha definida como a experiência de ser exposto à desaprovação dos outros (na realidade ou fantasia), já a culpa diz respeito ao sentimento de transgressão moral (Harder & Greenwald, 1999).

Consiste numa escala do tipo *Likert* (0 – nunca sinto; 1 – raramente sinto; 2 – sinto algumas vezes; 3 – sinto frequentemente; 4 – sinto quase sempre ou sempre), constituída por uma lista de 22 afirmações que designam diversos sentimentos que uma pessoa pode experienciar (e.g. “Sentir embaraço” ou “Sentir culpa ligeiramente”).

Os itens organizam-se em dois fatores: vergonha (10 itens) e culpa (6 itens), sendo que os restantes 6 itens são neutros (Pinheiro, 2011). O fator vergonha é constituído pelos itens 1, 3, 6, 7, 10, 12, 14, 16, 18 e 21. O fator culpa é constituído pelos itens 2, 4, 8, 11, 17 e 22.

Foi feita uma análise de consistência interna através do *Alfa de Cronbach*. Relativamente à Escala de Vergonha verificou-se que excluindo o item 6 (Anexo 12), o α subia de nível (.809), de modo que neste estudo, optou-se por utilizar apenas 9 itens (1, 3, 7, 10, 12, 14, 16, 18 e 21). Já na Escala de Culpa, excluindo-se o item 4 (Anexo 12), o α subia de nível (.801), assim utilizaram-se apenas 5 itens (2, 8, 11, 17 e 22).

As variáveis foram estudadas com recurso aos coeficientes de assimetria (sk) e curtose (ku) verificando-se os valores $|sk| < 3$ e $|ku| < 10$, suficiente para não impedir a utilização destas variáveis na análise de regressão.

Na nossa amostra, encontrámos os seguintes resultados: Culpa, $M = 6.07$, $DP = 2.93$, Mín. = 0, Máx. = 14, $sk = -.161$, $ku = .312$; Vergonha, $M = 10.13$, $DP = 4.52$, Mín. = 0, Máx. = 18, $sk = -.774$ e $ku = -.219$.

3.2.3. Operacionalização do luto perinatal

A operacionalização do luto perinatal vai ser realizada com a Escala de Intensidade do Luto Perinatal (Mendonça & Afonso, 2018) é a versão portuguesa da *Perinatal Grief Scale*, versão curta (33 itens) de Potvin, Lasker e Toedter, (1989), que avalia e identifica pensamentos e sentimentos acerca do processo de luto de uma pessoa. Consiste num conjunto de afirmações relativos aos pensamentos e sentimentos que as pessoas podem experimentar sobre uma interrupção espontânea da gravidez ou sobre a perda perinatal, em que o avaliado tem de se posicionar numa escala de *Likert* (1 – concordo fortemente, 2 – concordo, 3 – não concordo nem discordo, 4 – discordo e 5 – discordo fortemente).

Toedter, Lasker & Alhadeff (1988) construíram a sua escala a partir da já existente *Texas Grief Inventory* (Zisook, Devaul & Click, 1982, cit. in Toedter et al., 1988), no entanto, pouco confiável devido à amostragem de conveniência. E acrescentaram afirmações sobre o luto em geral, em que há uma sintomatologia convergente com a da depressão, de acordo com Kenell, Slyter e Klaus (1970, cit. in Toedter et al., 1988) e mais especificamente, sobre o luto perinatal (Herz, 1984; Giles, 1970; cit. in Toedter et al., 1988). A partir da escala original, constituída por 104 itens, foi criada uma versão longa com 84 itens ($\alpha = .97$) e uma curta, com 33 itens ($\alpha = .95$; Potvin, Lasker, & Toedter, 1989).

A escala retende avaliar os pensamentos e sentimentos atuais da pessoa face a uma perda gestacional, de acordo com três fatores: 1) Luto Ativo - diz respeito a sinais normativos de luto, incluindo choro, tristeza e saudades do bebé; 2) Dificuldades de *Coping* - engloba dificuldades no desempenho de atividades quotidianas e no relacionamento com os outros; e, 3) Desespero - refere-se a sentimentos de falta de esperança, inutilidade e desvalorização pessoal. A divisão em subescalas foi feita de modo a melhorar descrever o tipo de luto, pelo que luto ativo, dificuldades de coping e desespero representam respostas cada vez mais severas e intensas (Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988).

Relativamente à cotação desta escala, o resultado total é atingido após inverter a ordem de todos os itens, exceto o 11 e o 33 (subescala Dificuldades de *Coping*). No final, somam-se todos os itens e o resultado poderá variar entre 33 e 165. Valores mais elevados da escala refletem um luto mais intenso. Cada subescala é formada por 11 itens (Luto Ativo – 1, 3, 5, 7, 10, 12, 14, 19, 27; Dificuldades de *Coping* – 2, 4, 8, 11, 21, 24, 26, 28, 30, 33; Desespero – 9, 15, 18, 20, 22, 23, 29, 31, 33), para obter os resultados basta somar os itens correspondentes a cada uma delas. Os resultados poderão variar entre 11 e 55 (Mendonça & Afonso, 2018).

Foi realizada uma análise de consistência interna a cada uma das subescalas, através do cálculo do *Alfa de Cronbach*. A dimensão Luto Ativo apresentou um α de .874, por sua vez, a dimensão Dificuldades de *Coping* obteve um α de .878 e por fim, a dimensão Desespero teve um α de .922. Pelo que não foi necessário excluir nenhum dos itens, ficando cada escala como na versão de Mendonça e Afonso (2018).

Na nossa amostra, encontramos os seguintes resultados: Luto Ativo, $M = 32.33$, $DP = 6.70$, Mín. = 12, Máx. = 47, $sk = -.413$, $ku = .840$; Dificuldades de *Coping*, $M = 24.22$, $DP = 6.171$, Mín. = 14, Máx. = 42, $sk = .712$, $ku = .260$; Desespero, $M = 25.15$, $DP = 8.04$, Mín. = 11, Máx. = 46, $sk = .600$, $ku = -.200$; e Escala Luto Perinatal Total, $M = 81.70$, $DP = 19.44$, Mín. = 41; Máx. = 135; $sk = .543$; $ku = .152$.

3.2.4. Operacionalização da vinculação pré-natal materna

A operacionalização da VPN vai ser realizada através da Escala de Vinculação Pré-natal Materna e Paterna (Camarneiro & Justo, 2010) consiste na versão portuguesa da *Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale* (Condon, 1993), instrumento que avalia a vinculação pré-natal de cada um dos progenitores ao seu feto. A adaptação da MPAAS à população portuguesa (Camarneiro & Justo, 2010) mostrou diferenças em relação à escala original, quer na aceitação dos itens da escala global, quer na sua distribuição dos itens pelas dimensões. A análise fatorial confirmou uma solução de dois fatores, tal como proposto pelo autor, mas mostrou que os itens nas duas dimensões se agrupam de forma diferente da original (Camarneiro & Justo, 2010).

Na primeira dimensão, Qualidade da Vinculação agrupam-se itens que correspondem à forma como a grávida se relaciona afetivamente com o feto: a proximidade, o carinho, o sonho, imaginar o bebé como pessoa com características especiais, para além, da interação pela fala e toque. Esta representa a *maternage*, ou seja, a qualidade da vinculação. Na segunda dimensão, Intensidade da Preocupação (ou Tempo Despendido com o Modo de Vinculação) associaram-se itens em torno da ação da grávida para o bem-estar do feto, isto é, o grau em que o feto ocupa um lugar central na vida emocional dos pais. Representa a força e a intensidade da preocupação com o feto e inclui a quantidade de tempo passado a pensar, falar, sonhar sobre o feto, bem como a intensidade dos sentimentos que acompanham estas experiências.

A cotação da primeira dimensão – Qualidade da Vinculação Materna organizou-se em oito itens: 2, 3, 6, 7, 9, 11, 12 e 13 ($\alpha = .741$); A segunda dimensão – Intensidade da Preocupação organizou-se em sete itens: 1, 4, 5, 8, 10, 17 e 18 ($\alpha = .698$). Pelo que a Escala de Vinculação Pré-natal Total engloba todos os itens, incluindo os itens 14, 15, 16 e 19 que não são incluídos

nas outras escalas. Os itens invertidos foram 1, 3, 5, 6, 7, 9, 10, 12, 15, 16, e 18. Depois da análise de consistência interna para esta amostra apenas se exclui o item 17 da escala da Intensidade de Preocupação por o *Alfa de Cronbach* subir de nível ($\alpha = .718$).

Na nossa amostra, encontramos os seguintes resultados: Escala de VPN Total, $M = 82.09$, $DP = 7.03$, Mín. = 62, Máx. = 94, $sk = -.941$, $ku = 1.175$; Qualidade da Vinculação, $M = 37.26$, $DP = 2.92$, Mín. = 27, Máx. = 40, $sk = -1.512$, $ku = 2.612$; e Intensidade da Preocupação, $M = 22.71$, $DP = 3.89$, Mín. = 12, Máx. = 30, $sk = -.546$, $ku = .887$.

A amostra para a escala de vinculação total obteve uma média de 82.09. Segundo Hart & McMahan (2006), esta amostra está altamente vinculada (superior a 76). Este resultado vai de acordo com a literatura que afirma que como as perdas anteriores dificultam o processo de adaptação a uma nova gravidez, intensificando as emoções associadas, as mulheres tendem a fazer um grande investimento na nova gravidez (Bluglass, 1984, cit. in Canavarro, 2006). Na escala da QV, temos uma média de 37.26. Como o valor situa-se abaixo 49, a QV nesta amostra é baixa (Hart & McMahan, 2006). Por fim, na escala da intensidade da preocupação, a média é de 22.72. Como o valor está abaixo de 27, a intensidade da preocupação nesta amostra apresenta-se baixa, sendo consideradas grávidas desinteressadas (Hart & McMahan, 2006).

3.3. Hipóteses Específicas

HE1 – neste caso, a hipótese específica corresponde literalmente à hipótese geral 1.

HE2a) A dimensão luto ativo irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável culpa.

HE2b) A dimensão dificuldades de *coping* irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável culpa.

HE2c) A dimensão desespero irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável culpa.

HE3a) A dimensão qualidade da vinculação irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável culpa.

HE3b) A dimensão intensidade da preocupação irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável culpa.

HE3c) A dimensão vinculação pré-natal total irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da variável culpa.

HE4a) A dimensão qualidade da vinculação irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão luto ativo.

HE4b) A dimensão qualidade da vinculação irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão dificuldades de *coping*.

HE4c) A dimensão qualidade da vinculação irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão desespero.

HE4d) A dimensão intensidade da preocupação irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão luto ativo.

HE4e) A dimensão intensidade da preocupação irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão dificuldades de *coping*.

HE4f) A dimensão intensidade da preocupação irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão desespero.

HE4g) A dimensão vinculação pré-natal total irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão luto ativo.

HE4h) A dimensão vinculação pré-natal irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão dificuldades de *coping*.

HE4i) A dimensão vinculação pré-natal irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão desespero.

HE5a) A vergonha irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão luto ativo.

HE5b) A vergonha irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão dificuldades de *coping*.

HE5c) A vergonha irá dar um contributo significativo para explicar a variância estatística da dimensão desespero.

3.4. Procedimento

3.4.1. Critérios de Inclusão da Amostra

Para selecionar a amostra, foram definidos vários critérios de inclusão devido à natureza das variáveis: a experiência de pelo menos uma IEG, estar grávida e ter idade superior a 18 anos. A variável intensidade do luto perinatal só pode ser medida em mulheres que já tenham

experienciado pelo menos uma perda perinatal ou morte fetal ao longo da vida. A variável vinculação pré-natal só pode ser estudada em mulheres atualmente grávidas porque avalia a ligação da mulher com o feto.

Inicialmente, a amostra seria recolhida na Consulta de Doenças Autoimunes e Insucesso de Gravidez, da Maternidade Dr. Alfredo da Costa, quando as participantes estivessem à espera da consulta. Devido à situação pandémica, foi necessário arranjar uma alternativa. Optou-se por recolher a amostra através de um questionário online realizado através da plataforma *Qualtrics*. O preenchimento online dos questionários não ultrapassou em média os 20 minutos. O Consentimento Informado (Anexo 7) era obtido através do *download* do mesmo e, após a assinatura da participante, era pedido que esta digitalizasse o documento e o enviasse para o endereço eletrónico da investigadora. As informações presentes na Folha de Informação à Participante, como a possibilidade de desistência a qualquer momento ou a confidencialidade dos dados fornecidos, estavam explicitadas no cabeçalho prévio ao preenchimento dos questionários (Anexos 16).

Relativamente à recolha online, face aos questionários em papel, esta é respondida com maior celeridade, no entanto, a sua taxa de resposta é inferior (Murthy, 2008). Cohen, Manion e Morrison (2007) sugerem normas para incrementar a eficácia dos questionários online: versões claras, inclusão de uma pequena introdução que motive os inquiridos, apresentação clara das instruções, questões simples, de fácil compreensão e resposta. Para além disso, são necessários cuidados acrescidos com a ética e com a validade da informação recolhida.

3.4.2. Descrição Sociodemográfica e Clínica da Amostra

Na presente investigação conta-se com um total de 46 participantes.

Tabela 9.

Idade e escolaridade (média, desvio-padrão, mínimo e máximo) da amostra (N = 46)

	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Idade	31,70	6,64	19	50
Escolaridade	2.09	1.01	1	4

Tabela 10.

Características Sociodemográficas da Amostra

		n	%
Nacionalidade	Portuguesa	42	91.3
	Angolana	2	4.3
	Ucraniana	1	2.2
	Brasileira	1	2.2
Estatuto ocupacional	Empregada por conta de outrem	32	69.6
	Empregada por conta própria	10	21.7
	Estudante	2	4.3
	Desempregada	2	4.3
Estatuto	1	6	13.1
Socioeconómico	2	18	39.1
	3	15	32.6
	4	4	8.7
Estatuto Conjugal	Casada	24	52.2
	Solteira	2	4.3
	União de facto	17	37.0
	Viúva/ Divorciada	3	6.5
Agregado Familiar	Companheiro	20	43.5
	Companheiro e filhos	24	52.2
	Companheiro, filhos e pais	2	4.3
Antecedentes	Não	38	82.6
Psiquiátricos	Depressão	3	6.5
	Stress Pós-traumático	1	2.2
	Esclarecimento	1	2.2
	Ansiedade	1	2.2
	Insónias	1	2.2
	Anorexia Nervosa	1	2.2

Relativamente à nacionalidade, verificou-se que a maior parte da amostra é portuguesa (91.3%). O estatuto conjugal da amostra é acima de tudo composto por mulheres casadas (52.2%) e em união de facto (37.0%). No que diz respeito ao estatuto ocupacional, a maior parte das participantes trabalha por conta de outrem (69.6%). Em relação à classificação social, feita de acordo com o índice de *Graffar* (Anexo 45), 39.1% da amostra inclui-se na classe média alta (nível 2), na classe média (nível 3) estão 34.8%, 15.2% na classe alta (nível 1) e finalmente, 10.9% na classe média baixa (nível 4). 43.5% destas mulheres vivem só com o companheiro, enquanto que as restantes vivem com companheiro, filhos e/ou família. Grande parte desta amostra não apresentava antecedentes psiquiátricos (82.6%).

Tabela 11.

Características Clínicas e Obstétricas da Amostra

		n	%
Número Filhos	0	19	41.3
	1	20	43.5
	2	6	13.0
	3	1	2.2
Idade Filhos	1-4	15	47.0
	5-9	9	28.3
	12-16	5	15.8
	17-21	3	9.6
Nº IEG	1	37	80.4
	2	7	15.2
	3	2	4.3
Nº IVG	0	34	73.9
	1	9	19.6
	2	2	4.3
	3	1	2.2
Tempo IEG's	1	19	41.3
	2	11	23.4
	3	4	8.7
	4-7	10	21.7
	9-10	2	4.3
Nº Parto a Termo	0	34	73.9
	1	9	19.6
	2	2	4.3
	3	1	2.2
Nº Parto Prematuro	0	20	43.5
	1	19	41.3
	2	7	15.2
Problemas de Saúde Gravidez Anterior	Não	25	54.3
	Trombofilia	1	2.2
	Aborto	15	32.6
	Alterações cromossómicas	1	2.2
	Depressão	2	4.3
	Tensão Arterial Alta	2	2.2
Gravidez Desejada	Sim	46	100
	Não	0	0
Gravidez Planeada	Sim	46	100
	Não	0	0
Gravidez Viglada	Sim	46	100
	Não	0	0
Nº Semanas Gravidez Atual	5-12	8	17.7
	13-24	23	50
	25-34	15	32.6
Nº de Consulta Gravidez Atual	0	1	2.2
	1-3	20	43.5
	4-6	22	47.8
	8-10	3	6.5
Problemas da Gravidez Atual	Não	38	82.6
	Diabetes gestacionais	4	8.2
	Trombofilia	1	2.2
	Ansiedade extrema	1	2.2
	Aumento de peso	1	2.2
	Tensão Alta	1	2.2

A maior parte das grávidas desta amostra que têm filhos, teve, até ao momento, 1 criança (43.5%). Pelo que 41.3% ainda não tiveram filho/as. Há que fazer o reparo que das 20 mulheres que afirmaram ter um filho, 2 delas estão grávidas de momento. Tal como, a mulher que disse ter 3 filhos, na verdade, tem 2 filhos e assumiu o facto de estar grávida como um desses filhos. Assim, no total, existem 32 filhos – 18 mulheres com um filho e 7 mulheres com 2. A idade dos filhos é uma variável com grande amplitude, variando desde o 1 ano de idade aos 21 anos. Relativamente ao número de IEG's, 80,4% das mulheres passaram por 1 interrupção espontânea, 15,2% experienciaram 2 interrupções e 4,3% já experienciaram 3. Outra das variáveis clínicas analisadas foi há quanto tempo é que decorreram as IEG's, pelo que para grande parte da amostra (41.3%) a experiência foi bastante recente, passando há cerca de um ano. Das primígestas, é de destacar que já 19 mulheres (41.3%) tiveram 1 parto prematuro e 7 (15.2%) tiveram 2 partos prematuros. A maior parte destas mulheres não fizeram nenhuma interrupção voluntária da gravidez (73.9%). Uma das questões clínicas inquiridas foi a existência de problemas de saúde, para a mulher ou para o bebé, nas gravidezes anteriores, 25 mulheres (54.3%) relataram não ter tido problemas de saúde nas gravidezes anteriores. É de notar que 32.6% delas consideram o aborto como um problema de saúde da gravidez anterior. Todas as mulheres desejaram e planearam a sua gravidez e estão a vigiar a gravidez. Em relação ao nº de semanas da gravidez atual, nesta amostra temos gravidezes em todos os trimestres. No 1º trimestre estão 17.7% da amostra, no segundo está 50% e no último trimestre estão 32.6%. Foi ainda questionado nº de consultas já frequentadas na presente gravidez, este nº varia entre as 0 consultas e as 10. Por fim, a maior parte destas senhoras (82.7%) diz não sofrer de problemas de saúde, para si ou para o seu bebé atualmente.

4. Resultados

4.1. Análise estatística

A análise estatística foi realizada com recurso ao *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 26.0.

A análise estatística escolhida foi a Análise de Regressão Linear Hierárquica Múltipla.

Por isso, procedeu-se à recodificação das variáveis categoriais nominais em variáveis dicotómicas (0 e 1). Por exemplo, na variável AG (agregado familiar) o 0 passou a equivaler ao viver com apenas com o companheiro, enquanto que 1 significa viver com o companheiro e mais alguém, sejam filhos ou pais; na variável AP (antecedentes psiquiátricos) o 0 corresponde a nunca ter sido acompanhada em Psiquiatria ou Psicologia, pelo que o 1 corresponde ter queixas psiquiátricas ou psicológicas, na variável ESE (estatuto socioeconómico) o 0 significa pertencer à classe alta ou média alta, enquanto que o 1 equivale à classe média e média baixa, por fim, na variável Escolaridade o 0 corresponde ao intervalo entre os 9 e 12 anos concluídos com sucesso e o 1 ao intervalo dos 14 aos 19 anos de escolaridade concluídos com sucesso.

As variáveis foram testadas relativamente ao seu ajustamento face à distribuição normal teórica. Para o efeito foram realizados os testes de *Kolmogorov-Smirnov*. Os testes indicaram que as variáveis culpa ($p = .014$), luto ativo ($p = .200$), dificuldades de *coping* ($p = .080$), vinculação pré-natal total ($p = .007$), intensidade da preocupação ($p = .038$), idade ($p = .12$) e nº semanas atuais gravidez ($p = .20$), seguem uma distribuição normal (Anexo 25), mas que as restantes variáveis violam os pressupostos da normalidade. Posteriormente, estas distribuições foram estudadas com recurso aos *Q-Q Plots* (Anexo 25) e pôde observar-se que os desvios relativamente à normalidade não são de magnitude suficiente para impedir a utilização destas variáveis na análise de regressão. O número de variáveis preditoras não irá ser superior uma variável por cinco sujeitos. Como a amostra é constituída por 46 participantes, é possível ter 9 variáveis independentes. Nestas foram examinados os valores de tolerância ($< .1$) e de VIF (> 10), de forma a evitar o problema da multicolinearidade.

4.2. Testagem de Hipóteses

Para cada hipótese há 4 modelos que integram as seguintes variáveis: Modelo 1, escolaridade (nº de anos concluídos com sucesso) e idade; Modelo 2, estatuto socioeconómico, agregado

familiar e antecedentes psiquiátricos; Modelo 3, nº de filhos, nº de IEG's e nº de semanas da gravidez atual; Modelo 4, as variáveis independentes em função das hipóteses.

4.2.1. Testagem de H1

H1. Durante uma gravidez posterior a uma IEG, a vergonha dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da culpa.

A testagem da Hipótese 1 foi realizada através de análise de regressão que teve como variável independente a vergonha e como variável dependente a culpa.

Tabela 12.

Resumo do Modelo H1 (VI – vergonha, VD – culpa)

Modelo	R	r ²	Estatísticas de Mudança						
			r ² ajustado	Erro-padrão	Mudança de r ²	Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.102	.010	-.039	2.97	.010	.211	2	40	.811
2	.283	.080	-.044	2.98	.070	.933	3	37	.434
3	.412	.170	-.025	2.96	.090	1.227	3	34	.315
4	.860	.740	.6692	1.68	.570	72.36	1	33	.000

Os resultados indicam que a vergonha dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável culpa (anexo 26), pelo que a Hipótese Específica 1 é confirmada ($p = .000$).

4.2.2. Testagem de H2

H2. Durante uma gravidez posterior a uma IEG, a intensidade do luto perinatal dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da culpa.

A testagem da Hipótese 2 foi realizada através de análise de regressão, que teve como variável independente a intensidade do luto perinatal (luto ativo, dificuldades de *coping*) e variável dependente a culpa.

a) VI Luto Ativo VD Culpa

Tabela 13.

Resumo do Modelo H2a (VI – luto ativo, VD – culpa)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.102	.010	-.039	2.97	.010	.211	2	40	.811
2	.283	.080	-.044	2.98	.070	.933	3	37	.434
3	.412	.170	-.025	2.96	.090	1.227	3	34	.315
4	.608	.369	.197	2.61	.199	10.43	1	33	.003

Os resultados indicam que o luto ativo dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável culpa (anexo 27), pelo que a Hipótese Específica 2a) é confirmada ($p = .003$).

b) VI Dificuldades de Coping VD Culpa

Os resultados indicam que as dificuldades de coping não dão um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável culpa (anexo 28), pelo que a Hipótese Específica 2b) é refutada ($p = .059$). Contudo, há uma tendência.

c) VI Desespero VD Culpa

Os resultados indicam que o desespero não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável culpa (anexo 29), pelo que a Hipótese Específica 2c) é refutada ($p = .052$). Contudo, há uma tendência.

4.2.3. Testagem de H3

H3. Durante uma gravidez posterior a uma IEG, a vinculação pré-natal dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da culpa.

A testagem da Hipótese Específica 3 foi realizada através de análise de regressão, que teve como variável independente a vinculação pré-natal (qualidade da vinculação, intensidade da preocupação e vinculação pré-natal total) e variável dependente a culpa.

a) VI Qualidade da Vinculação VD Culpa

Os resultados indicam que a qualidade da vinculação não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável culpa (anexo 30), pelo que a Hipótese Específica 3a) é refutada ($p = .070$).

b) VI Intensidade da Preocupação VD Culpa

Os resultados indicam que intensidade da preocupação não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável culpa (anexo 31), pelo que a Hipótese Específica 3b) é refutada ($p = .069$).

c) VI Vinculação Pré-Natal VD Culpa

Tabela 14.

Resumo do Modelo H3c (VI – VPN total, VD – culpa)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.102	.010	-.039	2.97	.010	.211	2	40	.811
2	.283	.080	-.044	2.98	.070	.933	3	37	.434
3	.412	.170	-.025	2.96	.090	1.227	3	34	.315
4	.531	.282	.086	2.79	.112	5.13	1	33	.030

Os resultados indicam que a escala da vinculação pré-natal total dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável culpa (anexo 32), pelo que a Hipótese Específica 3c) é confirmada ($p = .030$).

4.2.4. Testagem de H4

H4. Durante uma gravidez posterior a uma IEG, a vinculação pré-natal dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da intensidade do luto perinatal.

A testagem da Hipótese Específica 4 foi realizada através de análise de regressão, que teve como variável independente vinculação pré-natal (qualidade da vinculação, intensidade da preocupação e vinculação pré-natal total) e variável dependente a intensidade do luto perinatal (luto ativo, dificuldades de *coping*).

a) VI Qualidade da Vinculação VD Luto Ativo

Tabela 15.

Resumo do Modelo H4a (VI – QV, VD – luto ativo)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.075	.006	-.044	6.77	.006	.112	2	40	.894
2	.424	.179	.069	6.40	.0179	2.614	3	37	.066
3	.520	.271	.099	6.29	.091	1.42	3	34	.254
4	.673	.454	.305	5.53	.183	11.07	1	33	.002

Os resultados indicam que a qualidade da vinculação dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável luto ativo (anexo 33), pelo que a Hipótese Específica 4a) é confirmada ($p = .002$).

b) VI Qualidade da Vinculação VD Dificuldades de Coping

Os resultados indicam que a qualidade da vinculação não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dificuldades de coping (anexo 34), pelo que a Hipótese Específica 4b) é refutada ($p = .365$).

c) VI Qualidade da Vinculação VD Desespero

Os resultados indicam que a qualidade de vinculação não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável desespero (anexo 35), pelo que a Hipótese Específica 4c) é refutada ($p = .122$).

d) VI Intensidade da Preocupação VD Luto Ativo

Tabela 16.

Resumo do Modelo H4d (VI – IP, VD – luto ativo)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.075	.006	-.044	6.78	.006	.112	2	40	.894
2	.424	.179	.069	6.40	.174	2.614	3	37	.066
3	.520	.271	.099	6.29	.091	1.42	3	34	.254
4	.848	.718	.642	3.97	.448	52.44	1	33	.000

Os resultados indicam que a intensidade da preocupação dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável luto ativo (anexo 36), pelo que a Hipótese Específica 4d) é confirmada ($p = .000$).

e) VI Intensidade da Preocupação VD Dificuldades de Coping

Tabela 17.

Resumo do Modelo H4e (VI – IP, VD – dificuldades de *coping*)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.107	.012	-.038	6.39	.012	.233	2	40	.793
2	.433	.187	.077	6.03	.176	2.666	3	37	.062
3	.487	.237	.058	6.09	.050	.741	3	34	.535
4	.779	.607	.499	4.44	.369	30.994	1	33	.000

Os resultados indicam que a intensidade da preocupação dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dificuldades de coping (anexo 37), pelo que a Hipótese Específica 4e) é confirmada ($p = .000$).

f) VI Intensidade da Preocupação VD Desespero

Tabela 18.

Resumo do Modelo H4f (VI – IP, VD – desespero)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.175	.031	-.018	8.29	.031	.631	2	40	.538
2	.451	.204	.096	7.81	.173	2.679	3	37	.061
3	.489	.239	.060	7.96	.036	.533	3	34	.663
4	.806	.649	.554	5.49	.410	38.595	1	33	.000

Os resultados indicam que a intensidade da preocupação dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável desespero (anexo 38), pelo que a Hipótese Específica 4f) é confirmada ($p = .000$).

g) VI Vinculação Pré-natal Total VD Luto Ativo

Tabela 19.

Resumo do Modelo H4g (VI – VPN total, VD – luto)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.075	.006	-.044	6.78	.006	.112	2	40	.894
2	.424	.179	.069	6.40	.174	2.614	3	37	.066
3	.520	.271	.099	6.29	.091	1.420	3	34	.254
4	.811	.657	.563	4.38	.386	37.157	1	33	.000

Os resultados indicam que a vinculação pré-natal total dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável luto ativo (anexo 39), pelo que a Hipótese Específica 4g) é confirmada ($p = .000$).

h) VI Vinculação Pré-natal Total VD Dificuldades de Coping

Tabela 20.

Resumo do Modelo H4h (VI – VPN total, VD – dificuldades de *coping*)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.107	.012	-.038	6.39	.012	.233	2	40	.793
2	.433	.187	.077	6.03	.176	2.666	3	37	.062
3	.487	.237	.058	6.09	.050	.741	3	34	.535
4	.639	.408	.247	5.45	.171	9.554	1	33	.004

Os resultados indicam que a vinculação pré-natal dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dificuldades de coping (anexo 40), pelo que a Hipótese Específica 4h) é confirmada ($p = .004$).

i) VI Vinculação Pré-natal Total VD Desespero

Tabela 21.

Resumo do Modelo H4i (VI – VPN total, VD – desespero)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.175	.031	-.018	8.29	.031	.613	2	40	.538
2	.451	.204	.096	7.81	.174	2.670	3	37	.061
3	.489	.239	.060	7.96	.036	.533	3	34	.663
4	.685	.469	.342	6.75	.230	14.287	1	33	.001

Os resultados indicam que a VPN total dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável desespero (anexo 41), pelo que a Hipótese Específica 4i) é confirmada ($p = .001$).

4.2.5. Testagem de H5

H5. Durante uma gravidez posterior a uma IEG, a vergonha dará um contributo significativo para explicar a variância estatística da intensidade do luto perinatal.

A testagem da Hipótese Específica 5 foi realizada através de análise de regressão, que teve como variável independente vergonha e variável dependente a intensidade do luto perinatal (luto ativo, dificuldades de coping).

a) VI Vergonha VD Luto Ativo

Tabela 22.

Resumo do Modelo H5a (VI – vergonha, VD – luto ativo)

Modelo	r	r ²	r ² ajustado	Erro- padrão	Mudança de r ²	Estatísticas de Mudança			
						Mudança F	df1	df2	Significância mudança F
1	.075	.006	-.044	6.78	.006	.112	2	40	.894
2	.424	.179	.069	6.40	.174	2.614	3	37	.066
3	.520	.271	.099	6.29	.091	1.42	3	34	.254
4	.653	.427	.270	5.67	.156	8.959	1	33	.005

Os resultados indicam que a vergonha dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável luto ativo (anexo 42), pelo que a Hipótese Específica 5a) é confirmada ($p = .005$).

b) VI Vergonha VD Dificuldades de Coping

Os resultados indicam que a vergonha não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável dificuldades de coping (anexo 43), pelo que a Hipótese Específica 5b) é refutada ($p = .248$).

c) VI Vergonha VD Desespero

Os resultados indicam que a vergonha não dá um contributo significativo para a explicação da variância estatística da variável desespero (anexo 44), pelo que a Hipótese Específica 5c) é refutada ($p = .236$).

5. Discussão

Em seguida é apresentada a discussão dos resultados anteriormente expostos. O principal objetivo deste estudo consistiu em perceber a relação entre as variáveis VPN, intensidade do luto e sentimentos de culpa e vergonha numa gravidez posterior a uma IEG. Deste modo, a discussão será segmentada de acordo com as hipóteses propostas.

5.1. Vergonha e Culpa

A primeira hipótese consistiu em perceber se a vergonha ajuda a explicar os sentimentos de culpa. De facto, a hipótese foi confirmada. Indicando que, numa gravidez posterior a uma IEG, a vergonha influencia a culpa.

No geral, os resultados enquadram-se nos de outros estudos que relatam sentimentos de vergonha por parte de mulheres que experienciaram uma IEG (Bardos et al., 2015; Broen, et al., 2005). A amostra deste estudo, tal como os estudos anteriores, apresentou baixos níveis de vergonha.

Ademais, para compreender melhor a relação próxima entre a vergonha e a culpa, podemos, a partir da perspectiva desenvolvimentista, olhar para o desenvolvimento precoce destas emoções. Esta diz-nos que a vergonha antecede o aparecimento da culpa (Erikson, 1963), em termos de desenvolvimento emocional infantil. Assim sendo, pode-se pensar que a vergonha medeia o aparecimento da culpa. Para além disso, a vergonha é uma emoção que envolve uma perceção negativa do *self*, podendo criar vulnerabilidade psicológica para a aparecimento de outras emoções negativas (Lewis, 1971), nomeadamente a culpa.

5.2 Intensidade do Luto Perinatal e Culpa

A segunda hipótese compreendeu a relação entre a variável intensidade do luto e a culpa. Os resultados demonstraram que apenas a dimensão luto ativo ajuda a explicar a culpa (H2a). Indicando que os sinais normativos de luto, incluindo choro, tristeza e saudades do bebé influenciam os sentimentos de culpa.

Tendo em conta que num processo de luto adaptativo, na fase de expressão de dor, é frequente observarem-se sentimentos de culpa (Weiner, 1984, cit. in Canavarro, 2006), os resultados vão de acordo com a literatura. Diversos autores (e.g. Giles, 1970, cit. in Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988) propõem que uma das fases do processo de luto consiste na expressão de culpa e raiva. Sendo a perda algo irreparável, em que não se pode agir de maneira a corrigir o passado (Kubany & Watson, 2003, cit. in Fonseca & Canavarro, 2012), durante o luto, poderá haver uma ruminação de pensamentos relativamente aos comportamentos e ações alternativas que

poderiam ter tido (Paunovic, 1998, cit. in Fonseca & Canavarro, 2012). Estes pensamentos vão aumentar o sentimento de culpabilidade da mulher; poder, de alguma forma, ter contribuído para a perda. Por outro lado, as crenças relacionadas com a culpa não permitem que os indivíduos processem o seu luto (Kubany & Manke, 1995, cit. in Fonseca & Canavarro, 2012). Assim, num processo de luto ativo é necessário abordar os sentimentos de culpa.

O facto das dimensões dificuldades de *coping* e desespero não explicarem os sentimentos de culpa pode dever-se à intensidade e à severidade destes mecanismos (Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988). Pode pensar-se que os mesmos “ofuscam” ou mesmo sobrepõem-se à culpa.

5.3. Vinculação Pré-Natal e Culpa

A terceira hipótese quis perceber se a VPN influenciava o sentimento de culpa. Os resultados demonstram-nos que apenas a escala total da VPN ajuda a explicar a culpa (H3c). Tal indica que o laço emocional que se estabelece entre a mãe e o seu bebé ajuda a explicar os sentimentos de culpa.

Este resultado vai de acordo com a literatura, pois as reações emocionais ao luto perinatal, como a culpa, dependem da motivação e desejo de gravidez, i.e., do investimento emocional da gravidez (Moulder, 1994). E, como foi dito anteriormente, é o investimento na gravidez que leva ao desenvolvimento do vínculo emocional e afetivo entre mãe-filho, antes de este nascer. A morte de um filho inverte a ordem “natural” da vida, sendo um momento extremamente desorganizador e culpabilizante para a mãe (Menke & McClead, 1990). Pelo que a questão de saber de quem é a culpa, de como poderia ser evitada a perda, surge com mais gravidade quanto maior o investimento prévio na gravidez (Keating & Seabra, 1994).

As dimensões da VPN, a QV ($p = .070$) e a IP ($p = .069$), não tiveram poder significativo para explicar a culpa talvez devido à dimensão reduzida da amostra, contudo, há uma tendência para a contribuição das mesmas na explicação da culpa.

5.4. Vinculação Pré-Natal e Intensidade do Luto Perinatal

A quarta hipótese incidiu na influência da VPN sobre a intensidade do luto perinatal. Os resultados demonstraram que a dimensão qualidade da vinculação apenas ajudou a explicar a dimensão luto ativo (H4a). Já a intensidade da preocupação e a escala total explicaram todas as dimensões da intensidade do luto (H4d, e, f, g, h e i).

A revisão de literatura realizada não acedeu a estudos que se tenham debruçado sobre a relação entre as variáveis em análise. Contudo, a perda de um filho está *ligada à perda de um objeto*

de amor em pleno investimento narcísico e libidinal (Bur, 1991). O luto vai implicar uma alteração dos laços e investimento afetivo, anteriormente colocados naquela criança para que novos investimentos possam ser feitos (Keating & Seabra, 1994). Moulder (1994) considera que o sofrimento dos pais perante a perda da gravidez depende da intensidade, consistência e valência da ligação afetiva que colocam na gravidez. Sendo a VPN, o laço emocional que se estabelece entre pais e filhos antes do seu nascimento (Condon, 1993), podemos concluir que a intensidade do luto perinatal depende da VPN. Assim, os resultados são apoiados pela literatura anterior.

Pode-se acrescentar que o processo pessoal de luto, de adaptação à perda, é uma experiência que implica sofrimento, mas também a capacidade de encontrar esperança e alternativas de vida significativas (Corr, Nabe & Corr, 1994, cit. in Canavarro, 2006). Deste modo, implica a criação de novos significados e de novas ligações. Giles (1970, cit. in Toedter, Lasker & Alhadeff, 1988) propôs uma sequência de diversas fases para o processo de perda precoce. Nesta sequência, a última fase consiste exatamente no nascimento de um bebé saudável. Por este motivo, a vinculação com o bebé a caminho pode estar relacionada com o processo de luto. Ademais, pode estar relacionado com o desfecho do processo de luto ativo.

As dimensões dificuldades de *coping* e desespero são reações mais intensas do luto, estando mais relacionadas com a intensidade da preocupação e não tanto com a QV. A dimensão QV, que corresponde à forma como a grávida se relaciona afetivamente com o feto, não está relacionada com as dimensões mais práticas que englobam as dificuldades no desempenho de atividades quotidianas e no relacionamento com os outros e os sentimentos de falta de esperança, inutilidade e desvalorização pessoal.

5.5. Vergonha e Intensidade do Luto Perinatal

A quinta hipótese relacionou o sentimento de vergonha com a intensidade do luto. Os resultados concluíram que a vergonha apenas ajuda a explicar a dimensão luto ativo (H5a).

Após uma IEG, a mulher vive momentos difíceis, de grande fragilidade emocional (Kersting, Kroker, Schlicht & Wagner, 2011, cit. in Camarneiro, Maciel & Silveira, 2015). O processo de luto perinatal pode ser complicado por diversos fatores, entre eles, o desconhecimento das causas que levaram à morte, aumentando os sentimentos de culpabilização ou a perda de auto-estima e sentimento de falta de controlo. Sobretudo, a mãe pode interpretar a situação de perda como incapacidade pessoal (Keating & Seabra, 1994). A mãe, ao interpretar a perda gestacional

como uma incapacidade pessoal, faz uma avaliação negativa do *self* e esta prende-se com o sentimento de vergonha (Lewis, 1971). Assim, compreende-se que a expressão de dor e sofrimento que faz parte do processo de luto engloba o sentimento de vergonha. Para além disso, neste estudo, tanto a vergonha como o luto ativo explicam os sentimentos de culpa. Deste modo, é possível que os sentimentos de vergonha e de luto se relacionem.

Relativamente às variáveis sociodemográficas e clínicas, ao contrário do esperado e do descrito na literatura, estas não se mostraram significativas na explicação das variáveis psicológicas em estudo. Tal pode dever-se à dimensão reduzida da amostra ou à homogeneidade da mesma.

De referir que, das 19 hipóteses colocadas para este estudo, não se confirmou H2b e c, H3a e b, H4b e c, H5b e c, confirmando-se as restantes na totalidade. Contudo, parcialmente, todas as hipóteses foram confirmadas.

6. Conclusão

Neste ponto, são apresentadas as principais conclusões do presente estudo que incidiu sobre como se relacionam as variáveis VPN, intensidade do luto e sentimentos de culpa e vergonha, numa amostra de mulheres grávidas que passaram por uma experiência de IEG, indicando-se também limitações do estudo e propostas para futuras investigações.

Diversos estudos sobre o impacto psicológico de uma IEG na mulher concluíram que os sentimentos de culpa são bastante frequentes (Frost & Condon, 1996; Wong, Crawford, Gask & Grinyer, 2003; Broen et al., 2005; Bardos et al., 2015; Rolim & Canavarro, 2001). A vergonha é também um sentimento relatado por algumas destas mulheres (Frost & Condon, 1996; Bardos et al., 2015). Para além disso, é uma emoção que cria vulnerabilidade psicológica face a outros sentimentos negativos (Lewis, 1971). Tendo em conta o universo psicológico da gravidez, diversos fatores podem ter influência na integração de este acontecimento na vida da mulher. Neste estudo, a variável escolhida para avaliar o estado da gravidez foi a VPN que avalia a ligação afetiva entre a mãe e o bebé (Condon, 1993).

Este estudo concluiu que, numa gravidez subsequente a uma IEG, os sentimentos de culpa são influenciados pelos sentimentos de vergonha, pelo processo de luto ativo e pela vinculação pré-natal. Por sua vez, o processo de luto ativo é explicado pelos sentimentos de vergonha, pela vinculação pré-natal e as suas dimensões qualidade e intensidade. Já as dificuldades de *coping* e os sentimentos de desespero são explicados pela vinculação pré-natal e pela sua dimensão intensidade da preocupação.

Um estudo semelhante de Camarneiro, Maciel e Silveira (2015) concluiu que a essência do fenómeno vivido após uma IEG consiste no “desfazer de um sonho”. Este conceito é caracterizado por uma vivência pautada pela falta de sentido, resultante da privação súbita da gravidez e maternidade; isto é, o desejo de ser mãe, os projetos e as expectativas criados para a criança são abruptamente interrompidos, causando uma sensação de vazio. Esta vivência organiza-se em três fases: vivência de sentimentos negativos, vivência da elaboração interior e vivência do desejo de garantia de maternidade. Assim, numa fase inicial, imediata à IEG, os sentimentos negativos são exacerbados, quando a intensidade do luto perinatal é mais elevada. De modo a justificar os sentimentos expressos, há uma necessidade de apontar responsabilidades. Perante o desconhecimento dos factos desencadeantes, a mulher faz uma busca incessante aos comportamentos que podem ter desencadeado a perda, o que indica uma grande culpabilidade. Como sabemos, numa perspetiva desenvolvimentista, a vergonha

precede a culpa (Erikson, 1963) e, talvez por isso, se crie uma vulnerabilidade psíquica para o aparecimento de sentimentos como a culpa (Lewis, 1971). Para além disso, a culpa e a vergonha relacionam-se com partes diferentes do *self*; diferentes mulheres podem ter crenças diferentes acerca da sua perda perinatal, “não tenho competência para ser mãe” mais associado à vergonha porque envolve todo o *self* ou “fumei e tive comportamentos arriscados durante a gravidez”, associando-se à culpa. A elaboração interna progressiva organiza-se à volta de um conjunto de facilitadores, atenuadores dos sentimentos negativos, havendo por isso, uma atenuação da intensidade do luto, como por exemplo, a atribuição de causalidade externa ou a procura de apoio da rede informal, culminando, na aceitação da perda. Por fim, o desejo de garantir a maternidade torna-se mais preponderante à medida que o tempo passa, estando presente o desejo de refazer o sonho. O refazer do sonho é visto como uma reparação que só é conseguida quando se consegue ter o próprio filho. Assim, a nova gravidez é vista como uma solução para o sofrimento e, deste modo, podemos concluir que a vinculação pré-natal é o “final da linha” do processo de luto perinatal. Embora haja divergências teóricas relativamente a uma gravidez posterior a uma situação de perda, as posições mais conciliadoras indicam que, ainda que esta possa ser um potencial obstáculo ao normal desenvolvimento do processo de luto, terá efeitos reparadores na mãe, relativamente aos sentimentos de auto-desvalorização relacionados com a capacidade maternal e com os sentimentos de culpa persecutória (Cabral, 2005; Soubieux, 2009).

Com a nova gravidez, ocorre um decréscimo do sofrimento relacionado com a perda anterior, uma melhor aceitação da perda e diminuição dos sentimentos de culpa e depressividade (Theut, Moss, Zaslow, Rabinovich, Levin & Bartko, 1992). Consequentemente, a diminuição de estes fatores pode contribuir para um aumento da vinculação pré-natal e, assim, em certos estudos, as diferenças dos níveis de VPN entre mulheres que já passaram pela experiência de uma IEG e mulheres que nunca passaram por essa experiência não são significativas (Armstrong, 2002; Rodrigues, 2009; Gaudet, Séjourné, Camborieux, Rogers & Chabrol, 2009). Contudo, há uma tendência e possibilidade de a ligação afetiva entre a mãe e o bebé, antes do seu nascimento, ser afetada pelos processos de luto não elaborados. Diversos fatores de risco podem contribuir para uma fraca VPN e elevada sintomatologia de luto - o nº de IEG's, o tempo que levou à mulher para engravidar após a IEG, o nº de filhos, entre outros (Gaudet et al., 2009). Assim, a VPN pode estar em causa porque, em alguns casos, a mulher numa tentativa de se proteger da dor de uma eventual perda, retrai-se a nível do investimento emocional com o novo bebé (Armstrong & Hutti, 1998). Este mecanismo foi percecionado por Côte-Arsenault e Dombeck

(1999) como uma resistência física, psicológica e social para a chegada de um novo bebê, consistindo num processo defensivo em que o objetivo é a própria proteção contra uma eventual perda, visível nas dificuldades em investir emocionalmente na gravidez e em vincularem-se com o novo bebê. Ou, noutros casos, a mulher deseja substituir a criança assim que possível - “gravidez de substituição” (Hanus, 1982, cit. in Keating & Seabra, 1994), de modo a preencher o sentimento de vazio deixado pela perda, condicionando a vinculação com o novo bebê (Robinson et al., 1999).

Resumindo, as duas principais conclusões de este estudo, de que a culpa é influenciada pelo processo de luto, pela VPN e pela vergonha e, por sua vez, que o processo de luto é influenciado pela VPN, vão na linha de pensamento das investigações anteriores. Após uma IEG, desencadeia-se um processo de luto que é caracterizado pelos sentimentos de culpa e, em menor medida, de vergonha. Com a nova gravidez, há uma transformação de estes sentimentos e do próprio processo de luto. Em certos casos, pode haver um atenuar do sofrimento, da culpabilidade e da vergonha. Assim, o processo de luto pode ser facilitado, podendo até dizer-se que a vinculação com o novo bebê ajuda a elaborar e a integrar a perda anterior. Pelo contrário, a nova gravidez pode exacerbar todos estes sentimentos, dificultando o luto e havendo um comprometimento da VPN. Em todo o caso, uma gravidez após uma IEG é um processo complexo, multidimensional e acima de tudo, idiossincrático, pelo que cada caso é diferente e deve ser analisado em função das suas particularidades.

Este estudo constitui um contributo válido, ao investigar variáveis ainda não relacionadas, dando o seu contributo para a compreensão da vivência psicológica de uma IEG numa gravidez posterior. Numa outra linha, os resultados sugerem a pertinência de, no contexto clínico, se proceder à avaliação das dimensões estudadas, com vista a captar o seu impacto e a delinear as intervenções em consonância.

A principal limitação foi a dimensão reduzida da amostra ($N = 46$) o que, face à quantidade de variáveis sob estudo, criou a impossibilidade de testar as hipóteses de forma mais segura e conclusiva, fazendo com que os resultados não sejam generalizáveis à população geral. Para além disso, não foi considerado, na análise, o tempo desde a última perda gestacional nem o número de IEG's, devido à relação entre o número de participantes e o número de variáveis independentes. Pelo que diversos estudos têm comprovado a sua influência tanto na VPN como no luto perinatal. Outra questão fundamental no luto é o apoio social. Neste estudo também não foi considerada a satisfação conjugal ou perceção de apoio recebido. Acima de tudo, há

que referir o contexto em que se vivia no momento na investigação e tendo em conta a situação pandémica que estamos a ultrapassar, há que ponderar sobre o seu potencial desorganizador e ansiogénico.

Relativamente às futuras investigações, este estudo focou-se no poder explicativo da VPN nos sentimentos de culpa e de luto. Seria interessante perceber quais as variáveis que influenciam a VPN em mulheres grávidas que já experienciaram uma perda gestacional. Para além disso, numa gravidez após uma perda, a mulher sente que tem que investir mais na gravidez para garantir que bebé é saudável, mas ao mesmo tempo, tem a tendência para se proteger de uma possível nova perda, retraindo-se mais e podendo não investir (Côté-Arsenault & Marshal, 2000). Sendo a ambivalência algo natural de qualquer gravidez, será que existem diferenças significativas entre mulheres grávidas que já passaram por uma perda e um grupo de controlo? Qual seria o impacto da eventual ambivalência aumentada? E será que mulheres com uma ambivalência mais extrema têm maior número de IEG's?

Referências Bibliográficas

- Armstrong, D. & Hutti, M. (1998). Pregnancy after perinatal loss: The relationship between anxiety and prenatal attachment. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 27(2), 183-189.
- Armstrong, D. S., (2002). Emotional distress and prenatal attachment in pregnancy after perinatal loss. *Journal of Nursing Scholarship*. 34 (4), 339-345.
- Bardos, J., Hercz, D., Friedenthal, J., Missmer, S. & Williams, Z. (2015). A national survey on public perceptions of miscarriage. *Obstetric Gynecologist*, 125(6), 1313–1320. doi:10.1097/AOG.0000000000000859.
- Bayle, F. (2008) O luto Pertinatal. In F. Bayle, & S. Martinet (Eds.), *Pertubações da Parentalidade* (pp 121-135). Lisboa: Climepsi Editores
- Bibring, G. L., (1959). Some Considerations of the Psychological Processes in Pregnancy. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 14, 113-121.
- Bibring, G. L., Dwyer, T. F., Huntington, D. S. & Valenstein, A. F. (1961a). A study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship, i: Some propositions and comments. *The Psychoanalytic Study of the Child*. 16(1), 9-24.
- Bibring, G., Dwyer, T., Huntington, D., & Valenstein, A. (1961b). Study of the psychological processes in pregnancy and of the earliest mother-child relationship, ii: Methodological considerations. *Psychoanalytic Study of the Child*, 16, 25-44.
- Bion, W. R. (1965). Transformations: Change from learning to growth. Recuperado de PEP Archive.
- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39, 350-373.
- Bowlby, J. (1961). Processes of mourning. *The International Journal of Psychoanalysis*, 42 (4-5), 317-340.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1976). A natureza da ligação da criança com a mãe. In L. Soczka (Ed.). *As ligações infantis*. Amadora: Bertrand.

- Bowlby, J. (1981). *Cuidados maternos e saúde mental*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bowlby, J. (1984). *Apego*. Volume I da trilogia Apego e perda. São Paulo: Martins Fontes.
- Blum, A. (2008). Shame and guilt, misconceptions and controversies: A critical review of the literature. *Traumatology*, 14(3), 91-102.
- Brazelton, T.B. (1992). *Tornar-se família*. Lisboa: Terramar.
- Brazelton, T.B. & Cramer, B., 1993. *La relación más temprana: padres, bebés y el drama del apego inicial*. Paidós Ibérica, Barcelona.
- Bretherton, I. (1985). Attachment theory: retrospect and prospect. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 50, 3-35.
- Broen, A., Moum, T., Bodtker, A., & Ekeberg, O. (2005). The course of mental health after miscarriage and induced abortion: A longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine*, 3(18). DOI: 10.1186/1741-7015-3-18.
- Cabral, I.P. (2005). Morte e luto na gravidez e puerpério. In I. Leal (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Parentalidade* (pp. 61-91). Lisboa: Fim de Século.
- Camarneiro, A. P. F. (2011). *Vinculação pré-natal e organização psicológica do homem e da mulher durante a gravidez: Relação com o tipo de parto e com a patologia obstétrica dos II e III trimestres de gestação*. (Doutoramento em Psicologia. Especialidade de Psicologia Clínica). Faculdade de Psicologia. Universidade de Lisboa.
- Camarneiro, A. P. & Justo, J. (2010). Padrões de vinculação pré-natal. Contributos para a adaptação da Maternal and Paternal Antenatal Attachment Scale em casais durante o segundo trimestre de gestação na região Centro de Portugal. *Revista Portuguesa de Pedopsiquiatria*, 28, 7-22.
- Camarneiro, A. F. P., Maciel, J. C. S. C. & Silveira, R. M. G. (2015). Vivências da interrupção espontânea da gravidez em primigestas no primeiro trimestre gestacional: um estudo fenomenológico. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (4), 109-117.
- Colman, L. L., & Colman, A. D. (1994). *Gravidez: A experiência psicológica*. Lisboa: Edições Colibri.
- Cohen, L., Manion, L., Morrison, K. (2007). *Research methods in education*. London: Routledge.

- Conde, A., & Figueiredo, B. (2012). Preocupações de mães e pais, na gravidez, parto e pós-parto. *Análise Psicológica*, 25(3), 381-398.
- Condon, J.T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Developments of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66, 167-183.
- Cordeiro, J. D. (2005). Psicologia e Psicodinâmica da Gravidez, in Cordeiro, J. D. (ed.), *Manual de Psiquiatria Clínica*, Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Correia, M. J. (1998). Sobre a maternidade. *Análise Psicológica*. 3(16), 365-371.
- Côté-Arsenault, D., & Dombeck, M.-T. (2001). Maternal assignment of fetal personhood to a previous pregnancy loss: Relationship to anxiety in the current pregnancy. *Health Care for Women International*, 22(7), 649–665.
- Côté-Arsenault, D. & Marshal, R. (2000). One Foot In – One Foot Out: Weathering the Storm of Pregnancy after Perinatal Loss. *Nursing & Health*, 23, 473-485.
- Cruz, M. M. (1990). Encantos e desencantos da maternidade. *Análise Psicológica*. 4(8), 367-370.
- Cuisinier, M. e Janssen, H., Graauw, C., Bakker, S. & Hoogduin, C. (1996). Pregnancy following miscarriage: course of grief and some determining factors. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 17(3), 168-174.
- Erikson, E. H. (1963). Eight ages of man. In E. H. Erikson (Ed.), *Childhood and society* (pp. 239-266). Middlesex, EN: Hogarth Press. (Trabalho original publicado em 1950)
- Erikson, E. (1980). *Identity and the life cycle*. Nova Iorque: W. W. Norton & Company.
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicopatológicas da maternidade. In C. Canavarro (ed.), *Psicologia da gravidez e da maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- Figueiredo, B. (2005). Psicopatologia da Maternidade e Paternidade. In Estudos e Ensaios em homenagem a Eurico Figueiredo. *População e Sociedade*, 12. Edições Afrontamento.
- Fonseca, A. P. & Magão, M. T. (2007). Ser mãe de recém-nascido prematuro: Vivência do processo de transição para a maternidade. In Escola Superior de Enfermagem de Maria Fernanda Resende. *Aprendendo o cuidado de enfermagem: entre a prática e a escrita a construção da competência clínica*. Lisboa, 73-90.

- Franché, R. & Bullock, C. (1999). The impact of a subsequent pregnancy on grief and emotional adjustment following a perinatal loss. *Infant Mental Health Journal*, 20, 175-187.
- Franché, R. & Mikail, S. (1999). The impact of perinatal loss on adjustment to subsequent pregnancy. *Social Science & Medicine*. 48, 1613-1623.
- Freud, S. (1978a). Infantile sexuality. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 7). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1905)
- Freud, S. (1978b). Inhibitions, symptoms and anxiety. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 20). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1926)
- Freud, S. (1978c). Mourning and melancholia. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 14). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1917)
- Freud, S. (1978d). The ego and the id. In J. Strachey (Ed.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 19). London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis. (Trabalho original publicado em 1923)
- Frost, M. & Condon, J.T. (1996). The psychological sequelae of miscarriage: A critical review of literature. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 30, pp 54-62.
- Gaudet, C., Séjourné, N., Camboréux, L., Rogers, R., & Chabrol, H. (2009). Pregnancy after perinatal loss: association of grief, anxiety and attachment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 28 (3), 240-251.
- Gorjão, B. R. (2017). *Estou grávida! E agora? Os fatores que influenciam a decisão de prosseguir ou interromper a gravidez inesperada*. (Dissertação de mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Graffar, M. (1956). Une méthode de classification sociale d'échantillons de population. *Courrier*, 6(8), 455-459.
- Grimm, E. (1962). Psychological Investigation of Habitual Abortion. *Psychosomatic Medicine*, 24(4), 369-378.

- Harder, D. H., & Greenwald, D. F. (1999). Further validation of the shame and guilt scales of the Harder Personal Feelings Questionnaire – 2. *Psychological Reports*, 85, 271-281.
- Harder, D. H. & Zalma, A. (1990). Two promising shame and guilt scales: A construct validity comparison. *Journal of Personality Assessment*, 55(3&4), 729-745.
- Hughes, P., Turton, P. & Evans, C. (1999). Stillbirth as risk factor for depression and anxiety in the subsequent pregnancy: cohort study. *British Medical Journal*. 318, 1721-1724.
- Jansen, H.J., Cuisinier, M.C., Hoodguin, K.A., & Graauw, K.P. (1996). Controlled prospective study on the mental health of women following pregnancy loss. *American Journal of Psychiatry*, 153, 226-230.
- Justo, J. M. (1986). *Introdução ao Estudo da Organização Defensiva na Mulher Grávida*. Tese de Dissertação de Mestrado. Lisboa: Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
- Justo, J. M. (1990). A gravidez e mecanismos de defesa: um estudo introdutório. *Análise Psicológica*. 4(8), 371-376.
- Leal, I. (2005) *Psicologia da gravidez e da parentalidade*. Lisboa: Fim do Século.
- Lee, C., & Slade, P. (1996). Miscarriage as a traumatic event: A review of the literature and new implications. *Journal of Psychosomatic Research*, 40(3), 235-244.
- Loureiro, I. (2017). *Percursos interrompidos: A interrupção espontânea da gravidez e a experiência emocional numa gravidez posterior*. Dissertação de mestrado. Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa.
- Klier, C.M., Geller, P.A., & Ritsher J.B. (2002). Affective disorders in the aftermath of miscarriage: A comprehensive review. *Archive of Womens Mental Health*, 5, 129-149.
- Kersting, A., Kroker, K., Schlicht, S., & Wagner, B. (2011). Internetbased treatment after pregnancy loss: Concept and case study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*, 32(2), 72-78. Doi: 10.3109/0167482x2011.553974
- Kersting, A. & Wagner, B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 14(2), 187–194.

- Koch, C., Santos, C. & Santos, M. R. (2012). Tradução portuguesa, adaptação e validação da perinatal bereavement grief scale (PBGS) em mulheres com perda de gravidez. *Revista de Enfermagem Referência*. 3(2), 123-130.
- Marôco, J. (2007). *Análise estatística com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Markham, U. (2004). Aborto Espontâneo. São Paulo: Agora. In Montagner, H. (1993). *A Vinculação – A aurora da ternura*. Lisboa, Instituto Piaget.
- Meireles, A., & Costa, M. E. (2005). A experiência da gravidez: O corpo grávido, a relação com a mãe, a percepção de mudança e a relação com o bebé. *Psicologia*, 18(2), 75-98.
- Mendes, I. M. (2002), *Ligação Materno-Fetal. Contributo para o Estudo de Factores Associados ao seu Desenvolvimento*, Coimbra: Quarteto Editora.
- Mercer, R. T. (1996), *Becoming a Mother*, New York: Springer Series: Focus on women.
- Moulder, C. (1994). Towards a preliminary framework for understanding pregnancy loss. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12, 65-67.
- Murthy, D. (2008). Digital Ethnography: An Examination of the Use of New Technologies for Social Research. *Sociology*, 42(5), 837-855.
- Nazaré, B., Fonseca, A. & Canavarro, M. C. (2011). Gravidez subsequente a uma interrupção medica: Especificidades de género na relação entre luto perinatal, psicossomatologia e qualidade de vida. *Saúde e Qualidade de Vida: uma meta a atingir*. ESEP, 148- 154.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Postpartum Bonding Questionnaire: Estudo da versão portuguesa numa amostra comunitária. *Laboratório de Psicologia*, 10(1), 47-61.
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2012). Trauma following termination of pregnancy for fetal abnormality: Is this the path from guilt to grief?. *Journal of Loss and Trauma*. 19, 244-261.
- Raphael-Leff, J. (1993) *Gravidez- a história interior*. Porto Alegre: Artes médicas.
- Robinson M., Baker L., & Nackerud L. (1999). The Relationship of Attachment theory and perinatal loss. *Death Studies*, 23 (3), 257-270.

- Rocha, J. (2005). Factores Psicológicos da Mulher Face à Interrupção Médica da Gravidez. (Tese de Doutoramento não publicada). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto.
- Rosado, F. F. (2016). *Gravidez e mudança catastrófica: Três estudos de caso*. Instituto de Psicologia Aplicada. Tese de Doutoramento. Lisboa.
- Rodrigues, A. S. N. (2010). *Impacto de uma interrupção espontânea da gravidez na vinculação pré-natal, numa gravidez seguinte*. (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa: Lisboa.
- Sá, E. (2004). *A maternidade e o bebé*. Lisboa: Fim de século.
- Sá, E. & Cunha, M. J. (1996) Abandono e adopção. O nascimento da família. Coimbra: Almedina.
- Sami-Ali, Cady, S., Froli, G., Gauthier, M., Gorot, J., Mendes, A. P. & Robert, M. (2001). *Sonho e a Psicossomática*. Dinalivro.
- Simas, F. B., Souza, L. V. & Scorsolino-Comin, F. (2013). Significados da gravidez e da maternidade: discursos de primíparas e múltiparas. *Revista Psicologia: Teoria e Prática*, 15(1), 19-34.
- Soulé, M. (1987). O filho da cabeça, o filho imaginário. In T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi, & M. Soulé, (Eds.) *A Dinâmica do Bebé*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Stern, D. (1997) *A constelação da maternidade. O panorama da psicoterapia pais/bebés*. Porto Alegre: Ed. Artes Médicas.
- Tangney J. & Dearing R. (2004). *Shame and Guilt*. New York: Guilford Press.
- Tangney, J.P., Stuewig, J., Mashek, J.D. (2007). Moral emotion and moral behaviour. *The Annual Review of Psychology*, 58, 345-372.
- Tangney, J. P., Wagner, P. & Gramzow, R. (1992). Proneness to Shame, Proneness to Guilt, and Psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(3), 469-478.
- Tenazinha, E., Bayle, F., & Conboy, J. (2008) A Interrupção da Gravidez. In F. Bayle, & S. Martinet (Eds.), *Perturbações da Parentalidade* (pp. 121-135). Lisboa: Climepsi Editores.

- Toedter, L., Lasker, J. & Alhadeff, J. (1988). The perinatal grief scale: Development and initial validation. *Orthopsychiatry*, 58(3), 435-449.
- Tsartsara E. & Johnson, M.P. (2006). The impact of miscarriage on women's pregnancy-specific anxiety and feeling of prenatal maternal-fetal attachment during the course of a subsequent pregnancy: An exploratory follow-up study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 27 (3), 173-182.
- Wheeler, S. R. (2000). A loss of innocence and a gain in vulnerability: subsequent pregnancy after a loss. *Illness, Crisis & Loss*. 8(3), 310-326.
- Wong, M., Crawford, T., Gask, L. & Grinyer, A. (2003). A qualitative investigation into women experiences after a miscarriage: Implications for the primary healthcare team. *British Journal of General Practice*, 53, 697-702.